

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 168

DU TRAITEMENT

DE LA

GANGRÈNE HERNIAIRE

PAR

L'Entérectomie et l'Application du Bouton de Murphy-Villard

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AIMÉ JEUNET

Né à Lyon, le 6 mars 1860



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 168

DU TRAITEMENT

DE LA

GANGRÈNE HERNIAIRE

PAR

L'Entérectomie et l'Application du Bouton de Murphy-Villard

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

AIMÉ JEUNET

Né à Lyon, le 6 mars 1860



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.	}	FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.	}	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	}	MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	}	CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	}	LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.	}	RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	}	TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	}	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale	}	POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique	}	LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON.	(A.) —
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BERARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, Président ; M. ROCHET, Assesseur ;
MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR JEANNE

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur OLLIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur ALBERTIN

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MES AMIS

PREFACE

Au début de ce travail, qu'il nous soit permis d'adresser quelques paroles de vive reconnaissance à ceux de nos maîtres et amis qui se sont le plus particulièrement intéressés à nous durant le cours de nos études médicales.

Nos remerciements iront d'abord à M. le Professeur Ollier qui fut notre premier maître et guida nos premiers pas ; les notions essentiellement pratiques que nous avons acquises par la fréquentation assidue de ses cliniques ont été une base solide de notre éducation chirurgicale. M. le docteur Albertin, chirurgien des Hôpitaux, ne s'est jamais départi, à notre égard, d'un bienveillant intérêt dont nous ne saurions trop le remercier ; et c'est encore à lui que nous nous sommes adressé pour le choix du sujet de notre thèse inaugurale. Avec sa bienveillance habituelle il a mis à notre disposition sa science chirurgicale et nous a été d'un précieux concours pour l'édification de ce travail.

Nous devons tous nos remerciements à MM. les

Professeurs agrégés Bérard, Nové-Josserand, à M. le docteur Villard, chirurgien des Hôpitaux dont les observations fourniront à notre travail un solide appui.

Nous ne saurions moins faire que d'exprimer nos témoignages de profonde gratitude à M. le Professeur agrégé Devic, à M. le Professeur agrégé Vallas, à M. le Professeur agrégé Gangolphe qui, tous, se sont intéressés à nous.

INTRODUCTION

Le sujet que nous nous proposons de traiter n'est certes pas neuf, mais l'opinion n'est pas faite en France. En effet tout récemment au dixième Congrès français de Chirurgie, les chirurgiens se sont divisés, suivant l'expression de Monprofit, en deux camps, les suturistes et les boutonnistes.

Les premiers trouvent les boutons, quels qu'ils soient, inutiles ou mauvais, et que, lorsqu'on sait faire une suture, le bouton de Murphy est inutile.

Les seconds ne contestent pas la valeur d'une suture bien faite, tout en en reconnaissant les difficultés, et craignant les rétrécissements qu'elle cause, lui préfèrent le bouton anastomotique pour la facilité et la rapidité de son application. Nous croyons, d'après ce que nous avons vu dans les Hôpitaux de Lyon, que l'entérectomie avec entérorrhaphie, et l'entérectomie avec application du bouton de Murphy demeurent l'une et l'autre des méthodes de traitement de la hernie gangrenée, que chacune de ces méthodes a ses indications. Nous nous proposons donc,

dans ce travail, de démontrer que le procédé de Murphy a ses partisans et ses avantages en apportant à l'appui de nos dires les observations de gangrène herniaire traitées par l'enterectomie et bouton de Murphy recueillies par les divers chirurgiens des Hôpitaux de Lyon.

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est Littre, en 1710, qui a, le premier, donné l'idée de l'anus contre nature (Histoire de l'Académie des Sciences, page 37).

Manoury, en 1819, le premier proposa l'incision de l'intestin grêle en cas d'obstruction intestinale.

Seckendorf, de Leipzig (1825) fit peu après la même proposition. Mais ce furent surtout Nelaton (1840) et Maisonneuve (1844) qui préconisèrent et lancèrent cette opération, d'abord connue sous le nom d'enterotomie. L'histoire de l'enterectomie suivie d'enterorrhaphie est certainement de date très ancienne, on trouve, en effet, dans tous les vieux auteurs, des indications qui laissent penser que la résection d'un intestin gangrené et sphacélé ou blessé a été faite par nos ancêtres. Il existe de nombreux procédés d'enterorrhaphie, on peut les diviser en deux classes; 1^o procédés par affrontement non sérieux, 2^o procédés par affrontement sérieux.

Les procédés par affrontement non sérieux, com-

prennent tous les procédés de la méthode ancienne: suture des quatre maîtres 1310, suture de Duverger, (1647) qui perfectionna la suture des quatre maîtres. Ces procédés n'ont plus qu'un intérêt historique; ce sont ensuite les procédés de suture par abrasion. Moreau, en 1837, est le premier qui ait imaginé d'exciser la muqueuse intestinale et de les affronter une fois l'abrasion faite. Morisani et Chaput remirent cette méthode en l'honneur, en 1889. Morisani ne fait qu'un étage de suture, Chaput en fait deux; en 1890, Vella invente un procédé analogue.

Procédés par affrontement séreux.

Les procédés qui tirent partie de la propriété adhésive des séreuses datent tous de la découverte de *Jobert de Lamballe* et du point de suture de *Lembert* et peuvent se diviser en :

A) Procédé par invagination.

B) Procédé par adossement.

L'observation clinique inspira sans doute les procédés par invagination. Ramdhor (Mœbius, thèse de 1827) pratiqua le premier la suture par invagination.

Ritsch (1784) imagina de calibrer l'intestin avec une carte à jouer,

Choppart et Desault (1784) emploient le même procédé.

Jobert de Lamballe, en 1824-1829, découvrit que l'affrontement des séreuses était la condition *sine qua non* du succès et proposa le procédé qui porte son nom. Amussat, en 1834, propose un procédé

d'enterorrhaphie par la ligature de l'intestin sur un bouchon percé suivant sa longueur, il invaginait le bout supérieur et le cylindre dans le bout inférieur et liait fortement les deux intestins sur le cylindre. Choisy, en 1837, se servait d'un bout de trachée artère.

Neuber (1884), reprit ce procédé et se sert d'un cylindre creux en os décalcifié; opéra sur l'homme et réussit.

CHAPITRE II

Procédé d'adossement des séreuses au moyen du bouton anastomotique de Murphy

L'idée de se servir d'un même instrument pour calibrer l'intestin et pour coapter les lèvres de la plaie, appartient à un chirurgien français Denans, qui, en 1826, fit construire un bouton anastomotique, reposant sur le même principe que celui de Murphy, l'expérimenta sur le chien et réussit six fois sur huit expériences. La même année, Denans proposa son appareil dans une communication à la Société de Médecine de Marseille, et, en 1838, il le présenta à l'Académie de Médecine. Emery fut chargé d'un rapport qui ne fut pas fait.

Le bouton de Denans se compose de trois pièces : deux viroles d'argent de forme et de dimensions semblables, réunies entre elles par une troisième en acier, de forme spéciale.

Les deux viroles d'argent, d'une largeur d'un centimètre, ont un diamètre égal à l'intestin à anastomoser.

La troisième virole est constituée par une feuille d'acier enroulée sur elle-même et formant ressort.

Lorsqu'on enserre cette dernière entre les mors d'une pince spéciale en forme de tenaille, on augmente l'enroulement et on en diminue le volume; on peut alors introduire les deux extrémités dans chacune des viroles d'argent. Une fois la pince enlevée, le ruban d'acier tend à reprendre ses dimensions normales, et vient s'appliquer solidement à la face interne des viroles d'argent; un système de crans d'arrêt, formé par de petits crochets, vient encore s'opposer au déplacement de l'appareil. L'appareil de Denans ne fut jamais appliqué chez l'homme.

Baudens, reprenant l'idée de Denans, inventa un appareil composé de deux anneaux, tous deux du diamètre de l'intestin; l'un, en caoutchouc élastique, était engagé dans le bout inférieur de l'intestin, dont les lèvres étaient repliées en dedans; l'autre, métallique rigide, en forme de gouttière sur la face externe, était engagé dans le bout supérieur non replié. La coaptation se faisait en introduisant le bout supérieur et son cylindre métallique dans l'anneau élastique du bout inférieur qui, par son élasticité, maintenait le tout en place. Le sphacèle et l'élimination des anneaux s'en suivait.

Quelque temps après, Henroz se servait de deux anneaux métalliques, dont l'un portait des dards à crochets qui s'engageaient à travers l'intestin replié dans des orifices de l'anneau opposé.

Béranger-Féraud, en 1869, fit un appareil composé de deux petits cylindres de huit millimètres de haut,

deux millimètres d'épaisseur et douze ou quatorze millimètres de diamètre intérieur, ces cylindres, garnis sur leurs bords d'une bande de liège. Dans chacune des bandes de liège sont implantées des épingles à pointes, en forme de hameçon. Ces pointes dépassant uniformément le bord de la bande de liège, d'environ deux millimètres, formant sur chaque cylindre une couronne de pointes.

En 1893, Ramaugé invente un appareil auquel il donne le nom d'enteroplexe ; appareil constitué sur le même principe que celui d'Henroz, ayant le défaut de ne saisir qu'un seul lambeau intestinal.

Enfin, en 1892, Murphy publie (*in Medical Record*) son premier travail sur le bouton qui porte son nom. Depuis les travaux de Murphy, certaines modifications de détail dans la construction du bouton anastomotique ont été faites par Chapt, Mathieu ; nous insisterons spécialement sur les transformations que le docteur Villard lui a fait subir, car, le premier en France, il en fit l'application dans un cas de gangrène herniaire, le 19 janvier 1895. Ce sont les avantages de cette méthode que nous nous attacherons à démontrer, dans la fin de notre travail.

CHAPITRE III

Procédés anciens de traitement de la gangrène herniaire. — Etat actuel de la question.

Jusqu'à ces dernières années les chirurgiens, dans les cas de gangrène, étaient divisés; les uns s'en tenaient volontiers à la création d'un anus contre nature, les autres lui préféraient l'entérectomie avec sutures. Aussi voyons-nous Kocher, de Berne (1), publier deux observations de resection et de suture de l'intestin après gangrène suivies du plus beau succès. Mais au huitième Congrès des chirurgiens allemands, Schede, Esmarch, Kuster, Billroth, Dumreicher, lui préférèrent l'anus contre nature, sauf à le traiter secondairement, tandis que Madelung (2) et Juillard (3) tiennent pour l'enterorrhaphie primitive, et, grâce à leurs efforts et ceux de Czerni, les procédés de sutures étaient portés à un haut degré de perfection.

(1) S. ebenter Congres des Deutschen Gesellschaft fur clin.

(2) *Arch. clin Chir.*

(3) *Rev. med. de la Suisse romande*, 15 août 1882.

En 1883 Bouilly et Assaki (1) publient une méthode mixte; ils faisaient la suture en ménageant une petite ouverture servant de soupape de sûreté. *Barette* (2) reconnaît l'avantage de l'entérorrhaphie primitive, mais conseille le procédé de Bouilly. Depuis Neuber (3), Follet (4), Kocher (5), Chwat, Casini (6), Hagemann (7), Willysachs (8), Lucowicz (9) ont préconisé l'entérorrhaphie primitive circulaire. Tandis que d'autres comme Bergmann, Korte, Bardeleben, Bonks, Hahn, Hoenel conseillent un anus contre nature que l'on fermera dans la suite.

L'anus contre nature est une opération simple que peut faire tout praticien. Elle s'exécute rapidement sans anesthésie du malade.

A côté de ses avantages elle a de graves inconvénients, qui sont : le shock, la péritonite, les abcès de la paroi abdominale, l'érythème et l'érysipèle, l'entérite aiguë ou chronique. En outre, les malades meurent souvent d'épuisement lorsque l'anus contre nature porte sur une portion élevée de l'intestin grêle. Les malades opérés d'anus contre nature sont exposés aux dangers de l'infection et il peut se faire en un autre point de l'intestin une perforation du

(1) *Revue de Chirurgie*, 1883 p. 362 et 540.

(2) Thèse de Paris 1883.

(3) *Berl. Klin. Woch.*, 2 juin 1884.

(4) *Bull. méd. du Nord*, juillet 1885.

(5) *Corresp. blatt für sch; Aertze*, 1^{er} février, 1^{er} mars 1886.

(6) *Giorn. intern. delle Sc. med.*, 1889 p. 355.

(7) *Deutsche med. Woch.*, 1889 n° 31.

(8) *Centralblatt für Chir.*, 1890 n° 41.

(9) *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XLII, pag. 491, 1890.

bout supérieur. On sait d'après les statistiques combien est élevée la proportion des morts chez les porteurs d'anús contre nature.

Kocher (1) sur 7 cas a 7 décès.

Morse (2) sur 7 cas a trois morts rapides par colapsus ou péritonite.

Hoemel (3) rapporte 7 cas, a trois cas rapidement mortels,

Korte (4) sur 28 cas a 16 morts.

Hahm (5) sur 26 cas a 20 succès.

Cosh (6) sur 120 cas a 62 décès.

D'après Franks la mortalité s'élève à 80 0/0,

D'après Locwod la mortalité s'élève à 88 0/0.

Mickulicz, sur 94 cas appartenant à divers opérateurs indique 72 morts, soit 76 0/0 ; sur 7 cas qui lui sont personnels, il a eu 7 morts.

La thèse de Tostivint donne une mortalité de 85,29 0/0 dont 48 0/0 tenant aux accidents immédiats, accidents secondaires 21,81 0/0, accidents éloignés 15 0/0.

Actuellement, on tend, de plus en plus, à abandonner l'établissement d'un anus contre nature, comme traitement de la gangrène herniaire. Le choix de cette intervention ne peut être accepté que comme pis-aller, et en présence de l'état extrême-

(1) *Correspond. blatt. für Schweizer Ärzte*, 1886. n° 3.

(2) *Wiener med. Wochenschrif*, 1882 n° 15.

(3) *Arch. Klin. f. Chir.*, XXXVI, 1887.

(4) *Deutsche med. Woch.*, 1888.

(5) *Berlin. Klin. Woch.*, 1888.

(6) *New-York med. Journal*, 1889.

ment grave du malade ou le défaut d'outillage nécessaire pour faire l'entérorrhaphie ou l'anastomose.

En présence de la gangrène herniaire, on tend à réséquer d'emblée cette portion gangrenée pour aboucher ensuite l'intestin et rétablir sa continuité. Cet abouchement peut se faire par deux procédés (Albertin, *Communicat. Sociét. de Chirurgie de Lyon*, 7 avril 1898).

1^o L'entérorrhaphie circulaire.

2^o Le bouton de Murphy.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'ENTÉRORRHAPHIE

Nous examinerons de suite les avantages et les inconvénients de l'entérorrhaphie ; cet exposé fera comprendre facilement les raisons qui nous font préconiser l'emploi du bouton anastomotique comme procédé de choix. La résection intestinale suivie d'entérorrhaphie est une opération préférable, il est vrai, à l'anus contre nature on évite ainsi le phlegmon et la péritonite, l'inanition, si fréquente chez les porteurs d'anus artificiel ; enfin, une fois l'entérorrhaphie faite, si le malade survit, il est définitivement guéri et n'est plus obligé de subir une opération secondaire nécessaire pour le rétablissement du cours des matières.

Mais la pratique de l'entérorrhaphie n'est pas toujours possible, le malade atteint de hernie gangrenée se trouvant le plus souvent, par ses lésions et l'infection concomitante, dans les conditions les

plus défavorables à une grande intervention, et l'on peut adopter les conclusions données par Krumm dans son mémoire (*Berl. Klin Woch.*, 20 et 27 mai 1889).

La résection ne peut être tentée que dans les cas récents où les forces du malade ne sont pas encore épuisées, et dans lesquels une opération un peu longue n'expose pas trop au shock ou au collapsus opératoire; dans ceux où l'intestin n'est pas distendu par une trop grande abondance de matières dont le passage risquerait de forcer la suture; dans ceux où la résection peut être faite et la suture porter sur une partie saine de l'intestin. Les inconvénients de la suture intestinale sont nombreux.

L'enterorrhaphie est, en effet, une opération longue est minutieuse et, une fois pratiquée, il se produit une valvule au point même où sont les sutures, formant ainsi un rétrécissement sur les inconvénients duquel ont insisté MM. Chaput, Bouilly, Barette; l'écoulement des liquides est moins facile et il se fait parfois une occlusion véritable. En outre, une fois la continuité du tube intestinal rétablie, les liquides intestinaux accumulés sous pression dans le bout supérieur passent dans le bout inférieur et distendent à tel point l'intestin que, parfois, les sutures coupent les tissus et que les matières s'échappent dans le péritoine. Cette tension excessive facilite encore la production de perforations spontanées du bout supérieur signalées par Nicaise, Labbé, Cornil et par Chaput dans une observation de résection et suture circulaire (*Soc. anat.* 1891).

La gangrène secondaire de la région suturée a été observée par Kocher, et deux fois par Mickulicz. Un inconvénient de la résection intestinale est l'hémorrhagie, car dans la résection il faut aller jusqu'au mésentère et les vaisseaux mésentériques peuvent saigner ou bien être intéressés assez profondément pour que le sphacèle des bouts suturés se produise. A signaler le shock traumatique qui est des plus fréquents : 1^o parce que l'innervation de l'intestin est des plus riches ; 2^o parce que les opérations sur l'intestin nécessitant la suture sont toujours minutieuses et longues, la rapidité de l'opération constituant en réalité la meilleure garantie contre le shock.

Passons aux statistiques.

Rydygier, Madelung (1), ont 52 0/0 de mortalité.

Schmidt (2) a 71 0/0 de mortalité ; Jaffe (3) 69 0/0 de mortalité.

Makius (4) sur 55 cas, a 29 décès : mortalité	52,70	0/0
Bouilly et Assaky (5).....	52	—
Barette, sur 49 cas a 26 guérisons.....	46,93	—
Carson (6), sur 21 cas.....	47,6	—
D'Ardle (7), sur 75 cas, a 41 décès.....	53,94	—
M. Cost (8), 115 cas.....	50	—

(1) *Arch. f. Klin Chir.*, Bd. XXVII.

(2) *Verh d. deuts. Ges. f. Chir.* 1883.

(3) *Inaugural dissertation* 1883.

(4) *Saint-Thomas Hosp. report*, vol. XIII.

(5) *Revue de Chirurgie*, 1883.

(6) *Journal of Amer. med. Assoc*, 7 mai 1887.

(7) *Dublin med. Journ.* 1888.

(8) *New-York med. Journ.* 1889.

Krumm (1), sur 70 cas, 39 guérisons complètes et 4 incomplètes..... 38,5 0/0

Mickulicz (2) donne une statistique générale de 64 cas et 32 morts 50 —

La statistique personnelle de cet auteur donne 21 cas et 14 guérisons..... 33 —

La statistique de Tostivint comprend 144 opérés avec 93 guérisons et 51 morts.. 35,41 —
et, en défalquant les décès non imputables à l'opération, cet auteur arrive à. 31,61 —

Si l'on fait de même pour la statistique de Bouilly, on arrive à..... 35 —

Celle d'Ardle, arrangée de même, donne un total de 57 cas, 35 guérisons et 22 morts.

On voit, par ce court exposé, que les meilleures statistiques oscillent autour d'un pourcentage de 30 à 35 0/0. Nous ne pouvons cependant pas insister sur la difficulté de répartir, soit à l'acte opératoire, soit à l'affection elle-même les influences qui commandent le pronostic ; il faut donc seulement les apprécier à titre de renseignement général.

(1) Beit. z. Klin. Chir. 1891.

(2) Réunion des naturalistes et des médecins allemands, 1891

CHAPITRE IV

De l'emploi du bouton anastomotique comme procédé de choix.

L'étude que nous avons faite, dans le cours de ce travail, des diverses méthodes employées dans le traitement de la gangrène herniaire nous met à même d'apprécier les avantages du procédé de Murphy. Ces avantages sont nombreux. En premier lieu se place la rapidité du manuel opératoire. La rapidité opératoire rend le shock à peu près nul. On peut, en effet, pratiquer une résection intestinale en 10 ou 12 minutes. On conçoit l'importance du peu de durée de l'intervention, étant donné qu'on opère sur un viscère aussi délicat que l'intestin, et alors que l'on sait qu'en fait d'intervention abdominale agir vite est une condition capitale.

Il faut signaler, en outre, la solidité de l'anastomose qui pare aux dangers de péritonite par filtration, des liquides intestinaux au niveau du point anastomosé; ces filtrations ne sont pas à craindre,

surtout si on a eu le soin de serrer fortement l'une contre l'autre les deux moitiés de l'appareil. Si on soumet un intestin de cadavre ainsi préparé à l'épreuve de l'eau, rien ne s'échappe quelle que soit l'intensité de la pression employée.

Si on répète la même expérience sur un intestin réuni par sutures, il est bien rare de ne pas voir suinter en un point quelques gouttes de liquide.

L'anastomose par le bouton est donc solide, et de plus elle est étanche, ce qui permet d'alimenter de bonne heure les malades affaiblis. Ajoutons à ces avantages l'inutilité de pratiquer l'hémostase de la tranche de section qui se trouve réalisée par la striction des mors de l'appareil.

Tels sont les avantages qui nous font considérer la méthode de Murphy, appliquée à la thérapeutique de la hernie gangrénée, comme un procédé de choix.

Malgré ces avantages on a fait à la méthode de Murphy de nombreuses objections.

M. Chaput dans une communication à la Société de Chirurgie (24 juillet 1895), a relaté des accidents attribués à l'emploi du bouton anastomotique ; on peut les grouper sous quatre chefs : sténose de l'orifice, occlusion par le bouton, séjour prolongé du bouton, perforations causées par le bouton.

Enfin on a accusé le bouton de Murphy de produire *un rétrécissement cicatriciel secondaire*. C'est, incontestablement, le reproche le plus grave qui ait été fait à la méthode.

L'absence de cet accident a été signalé déjà par

les auteurs qui se sont occupés de cette question. C'est ainsi que Tardif, dans sa thèse, inspirée par M. le professeur Terrier, déclare que la cicatrice qui résulte du sphacèle produit est linéaire, et aussi peu sujette que possible au rétrécissement qui demeure au contraire l'écueil des autres méthodes. M. Chaput signale également le peu de tendance à la rétraction des orifices anastomotiques, créés par ce procédé.

D'autre part, les expériences de Frey et Villard, viennent coroborer les résultats déjà acquis.

L'on n'a jamais signalé de cas où les symptômes d'obstruction aient été causés par la rétention du bouton.

M. Chaput fournit seize observations toutes ayant trait aux lésions amenées sur l'intestin par le bouton de Murphy.

Une grande partie de ces faits s'adresse à des applications faites sur le gros intestin. Nous considérons que le bouton de Murphy est contre-indiqué dans ces cas qui doivent être traités par l'entérorrhaphie. Nous aurons, d'ailleurs, l'occasion de revenir sur ce sujet lorsque nous traiterons les contre-indications de l'emploi du bouton de Murphy.

CHAPITRE V

Indications. — Contre-indications de l'emploi du bouton de Murphy.

Les indications relèvent des différents avantages que nous venons d'énumérer mais c'est surtout la rapidité de l'intervention qui fournit les indications les plus précises.

C'est au bouton anastomotique qu'on devra avoir recours toutes les fois que la résection de l'intestin s'imposera, et qu'il faudra terminer vite. L'indication la plus nette est fournie par la gangrène herniaire. Les malades, dans ce cas-là, étant presque toujours dans un état général très grave, en état de collapsus plus ou moins marqué ne permettant pas l'entérectomie avec sutures, la pratique d'une résection avec anastomose au moyen du bouton de Murphy évitera l'anus artificiel que la gravité de la situation imposait jadis aux chirurgiens.

Contre-indications. — Malgré les nombreux cas de gangrène herniaire où le procédé de Murphy est

applicable, il existe des contre-indications, et il faut distinguer, suivant les cas :

1° *La portion herniaire gangrénée est un segment du gros intestin.* — Doit-on, après la résection intestinale, appliquer le bouton de Murphy en pareil cas ?

Nous pensons qu'il faut donner la préférence à l'entérorrhaphie et voici pour quelles raisons : Tout d'abord il y a une disproportion énorme entre le calibre de l'intestin et le cylindre de l'appareil sur lequel la portion libre de l'orifice intestinal doit venir faire une collerette.

Il se produit des froncements, des plissements qui empêchent la régularité et la bonne adaptation de la collerette intestinale, dont la périphérie présente un nombre plus ou moins considérable des plis radiés.

Lorsqu'on présente les deux moitiés du bouton et qu'on pratique le rapprochement des deux pièces du bouton, il se produit des plis, des irrégularités dus à la trop grande quantité de tissus adossés, de sorte que la coaptation complète et parfaite est très difficile, sinon impossible. On est alors obligé de compléter, par des points de suture à la Lambert, l'anastomose intestinale. On a alors tous les inconvénients de la suture venant compliquer l'application du bouton anastomotique. Il vaut mieux, en pareil cas, faire d'emblée l'entérorrhaphie circulaire qui, malgré sa longueur, donne une bonne coaptation des larges orifices intestinaux.

Nous ne citerons pas de nombreuses observations où, en présence de cas semblables, la suture intes-

tinale a donné de bons résultats. Nous citerons seulement l'observation inédite que nous a fourni M. Albertin, parce que nous lui avons vu opérer la malade (1).

Il s'agissait d'une hernie crurale étranglée, renfermant une anse de la portion sigmoïde. Après résection de la portion gangrénée, on avait à coapter deux orifices de 5 centimètres de diamètre, le bouton eût été inapplicable. L'entérorrhaphie fut rapidement menée, l'intestin réduit et la malade guérit sans accidents.

M. le professeur Maurice Pollosson nous a communiqué verbalement une observation d'un cas où, voulant aboucher un cœcum divisé, il tenta inutilement la mise en place du bouton de Murphy.

Devant le difficulté d'application du bouton, il y renonça et pratiqua l'abouchement par des sutures.

D'autre part, toutes les fois qu'il a eu affaire à l'intestin grêle, notamment dans des cas de cure radicale d'anus contre nature, il eut recours au bouton et n'eut qu'à s'en féliciter.

2° *Les parois intestinales sont œdématisées et plus ou moins friables.* — Dans certains cas, surtout lorsqu'il existe une grande longueur d'intestin hernié, on observe un œdème considérable des parois. Cette infiltration augmente l'épaisseur des tuniques en en diminuant leur solidité.

Cet état de l'intestin peut être dû soit à une compression du pédicule mésentérique, soit comme dans une observation de M. Albertin à une torsion

(1) Observation XIV, Albertin.

du pédicule au moment de la réduction. Il s'agissait, dans ce cas, d'un malade opéré, par M.T. pour une hernie étranglée. Le lendemain les accidents, au lieu de disparaître, s'étaient aggravés.

M. Albertin débrida l'incision faite l'avant veille et trouva, en pleine évolution de péritonite, une anse intestinale, en voie de gangrène, sur une étendue de 50 centimètres.

Ces accidents étaient dus à la torsion du pédicule mésentérique, que l'on pût sectionner, sans qu'il se produisit d'hémorrhagie, les vaisseaux étant thrombosés.

L'œdème des parois intestinales, après résection de 0,60 centimètres d'intestin, était encore tel, qu'on tenta vainement d'appliquer le bouton de Murphy.

M. Albertin fit une entérorrhaphie circulaire, qui fut pénible, vu la friabilité extrême de l'intestin. Le malade mourut trois jours après, de la continuation de l'évolution de sa péritonite généralisée; les sutures avaient bien tenu.

L'œdème des parois intestinales est donc une contre-indication à l'emploi du bouton de Murphy et, dans ces cas, on doit donner la préférence aux sutures intestinales.

A signaler la possibilité, chez le malade, d'accidents antérieurs du côté du tube digestif, ayant pu provoquer un rétrécissement de son calibre, atrésié par ulcération tuberculeuse ou typhique, pouvant empêcher l'élimination de la pièce métallique. Ce qui est une dernière contre-indication à l'emploi du bouton anastomotique.

CHAPITRE VI

Modifications apportées au bouton de Murphy.

BOUTON DE CHAPUT.

M. Chaput, après les critiques adressées à la méthode de Murphy et des recherches nombreuses, a fini par reconnaître la supériorité du bouton anastomotique sur la suture et fait construire un bouton qui porte son nom.

Le bouton de Chaput diffère absolument de celui de Murphy. Le bouton, en étain, a la forme d'un anneau elliptique; il est creusé, sur son bord externe, d'une gouttière large et profonde, les bords de la gouttière sont des lames portant de profondes incisures. Ces lames sont malléables; on peut donc, en les écartant ou les rapprochant l'une de l'autre, soit élargir, soit applatir la gouttière.

BOUTON DE MATHIEU.

M. Mathieu, en 1896, propose un bouton sans orifices sur les chapeaux, sans soudures, stérilisable

par la chaleur sèche, les griffes à ressort étant taillées dans la paroi du tube pédicule de la pièce mâle, enfin entièrement et facilement démontable. M. Mathieu a conservé la double cupule et le ressort, mais il les a adaptés à la pièce femelle. Le pédicule de la pièce femelle porte deux pas de vis, l'un sur sa face interne, destiné à recevoir les griffes de la pièce mâle, au moment de l'articulation ; l'autre, sur la face externe, sert de support à la cupule mobile qui est maintenue par une virole, ainsi qu'un ressort à boudin logé dans la concavité du chapeau de la pièce femelle, et sur lequel repose la cupule. Ce bouton peut se transformer à volonté en bouton avec cupule mobile, suivant que l'on visse peu la virole ; ou en bouton sans cupule mobile, si la virole est vissée à fond.

M. Mathieu fabrique trois modèles mesurant 18, 22, 25 millimètres de diamètre.

BOUTON MODIFIÉ DE VILLARD

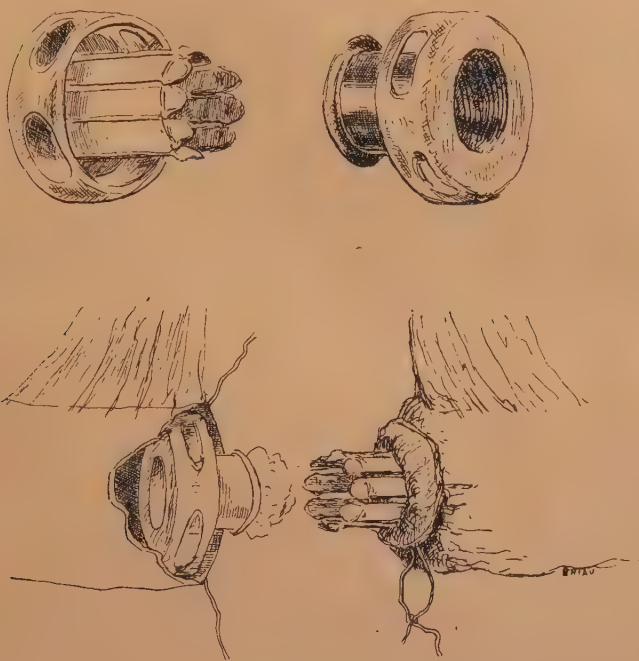
Les reproches faits au bouton de Murphy ont suggéré à M. le docteur *Villard* les modifications qu'il lui a fait subir.

Le bouton de Villard, modèle 1896, est composé et bâti comme le bouton de Murphy avec les différences suivantes :

1^o Agrandissement très marqué de la lumière centrale qui est beaucoup plus grande que dans le modèle de Murphy ; cette modification permet le

libre passage du contenu intestinal, empêchant ainsi l'obstruction.

2° Sur la circonférence de l'appareil représenté par les deux anneaux excentriques existent de très larges orifices qui, lors de la migration, s'opposent à l'obstruction intestinale quand, par suite d'un mouvement de rotation, l'axe de la lumière centrale du bouton ne correspond plus à l'axe de l'intestin.



BOUTON DE VILLARD ISOLÉ ET EN PLACE DANS L'INTESTIN

3° Enfin la bague mobile que l'on trouve dans le modèle de Murphy a été supprimée.

4° Le pédicule mâle est fait non plus d'un cylindre plein, perforé pour laisser émerger les griffes de

deux ressorts, mais d'une couronne de huit baguettes-ressorts portant une saillie circulaire représentant un pas de vis mâle ayant le même biseau que les griffes du bouton de Murphy.

Les boutons de *Villard* sont de différents diamètres ; trois numéros sont applicables à l'homme, le plus petit est de 20 millimètres, c'est le modèle couramment employé dans les interventions sur l'intestin grêle, le gros modèle, qui est de 26 millimètres, est réservé pour les opérations sur le gros intestin.

La suppression de la plaque intermédiaire de Murphy dans le bouton de Villard permet un adossement parfait des séreuses et les ouvertures latérales pratiquées sur les chapeaux assurent son élimination en empêchant l'obstruction.

CHAPITRE VII

Manuel opératoire

Le chirurgien, en présence d'une hernie étranglée, doit songer à la possibilité de la gangrène herniaire; il prendra donc soin de préparer tous ses instruments; en particulier il aura dans un plateau des aiguilles enfilées avec des fils de soie, il disposera aussi tout prêts à être appliqués, des boutons anastomotiques ouverts d'avance, et dont on aura obturé la lumière centrale avec un tampon de coton, précaution qui a son importance; car, au moment de la pose de l'appareil, les liquides intestinaux pourraient s'échapper au dehors et venir infecter ainsi la cavité péritonéale, il suffira de retirer le coton au moment précis de l'anastomose.

Le sac étant ouvert et l'intestin reconnu gangrené :

1^o Cette anse est soigneusement lavée et fixée par un tampon pour éviter la rentrée brusque et spontanée dans le ventre de l'anse gangrénée. La résection

de la portion gangrénée du sac sera faite, ainsi qu'une toilette soigneuse de la région.

2° On débridera le collet et on attirera longuement l'intestin au dehors, en le recevant sur une compresse stérilisée formant champ opératoire.

3° La section de l'intestin sera faite à un ou deux centimètres du sillon d'étranglement, de façon à faire porter la section sur une paroi saine. Le mésentère sera reséqué et des pinces appliquées sur la tranche mésentérique.

4° Si le bout supérieur est trop distendu par des matières ou par des liquides, il est préférable de les laisser écouler, en prenant des précautions pour éviter l'infection. Cette mesure nous paraît utile pour faciliter l'application du bouton et éviter la paralysie intestinale par distension.

5° La portion d'intestin sphacélé enlevée, il reste à placer le bouton. Au préalable il faut mettre en place le fil destiné à fixer la collerette à la base du cylindre central.

M. Villard conseille un surjet sur la tranche de section de l'intestin.

M. Albertin préfère, à l'aide de l'aiguille de couturière, passer un fil qui entre et sort deux à trois fois sur le pourtour de l'intestin. Les deux extrémités en se serrant plissent l'intestin en collet de bourse. Ce fil est placé à deux ou trois millimètres environ du bord libre, et si, la striction une fois faite sur le bouton, la muqueuse déborde, elle sera facilement réséquée, sans risquer de couper le fil, ce qui arrive lorsqu'on a fait un surjet.

Cette application du fil circulaire est plus courte que la pratique du surjet, aussi la préférons-nous pour cette raison et pour la facilité qu'a le chirurgien de réséquer la portion débordante qui est inutile et souvent fort gênante pour l'application du bouton.

6° Pour appliquer le bouton on saisit, à l'aide d'une pince à pression placée perpendiculairement sur le pourtour du cylindre central pour la branche femelle, ou verticalement sur une des lames pour la branche mâle. On le présente alors à l'orifice intestinal en le coiffant de la muqueuse, lui imprimant un mouvement de rotation pour le faire pénétrer plus facilement. Un aide maintient le bouton en place et le chirurgien serre à fond le fil, de façon à plisser le bord libre de la section en collerette à la base du cylindre central, noue et coupe les fils.

La même manœuvre sera faite pour l'autre moitié du bouton.

7° On rapproche les deux pièces du bouton en faisant pénétrer la branche mâle dans la branche femelle.

Pour serrer les deux moitiés du bouton, il est indispensable d'appliquer sur chacune, un tampon de gaze froissée, ou de coton pour éviter que la paroi intestinale vienne se couper sur la portion comprimée. On vérifiera en outre que l'intestin ne soit pas tendu, et aminci sur le pavillon du bouton, on le ramènera de façon qu'il soit plissé plutôt que tendu sur cette surface. Le rapprochement étant complet les séreuses sont parfaitement adossées et l'application est terminée. Il est cependant néces-

saire de vérifier, s'il ne s'est pas produit d'éraillures, d'écrasement de l'intestin; s'il existait un point douteux on l'enfouirait sous une suture séro-séreuse de Lembert.

8^e Quelle conduite tenir vis-à-vis de la tranche mésentérique. Faut-il réséquer un coin du mésentère? Nous pensons qu'il est préférable, si la tranche de section n'est pas trop étendue, qu'il suffit d'en faire l'hémostase en la pliant par adossement et en suturant par un surjet les bords libres. On ne risque pas de la sorte de supprimer un vaisseau allant irriguer une portion de l'intestin anastomosé. M. Albertin qui emploie ce procédé, n'a jamais signalé jusqu'à présent d'inconvénients causés par la présence de ce petit éperon mésentérique.

9^e Pour réduire, il est nécessaire de débrider et, s'il en est besoin, faire la hernio-laparotomie plutôt que de tirailler la portion anastomosée.

10^e Si on a été obligé de faire une incision abdominale étendue, il faut la réduire par une suture à plusieurs plans.

Si l'orifice est peu considérable il faut le laisser ouvert, placer une mèche de gaze pour amorcer les liquides. Puis on fait un pansement à plat.

Nous croyons qu'il est important de ne pas fermer complètement l'abdomen, car, en cas de complication, les accidents n'ont pas la même gravité que si l'abdomen est fermé. Nous avons vu quelquefois s'écouler de l'ascite au moment de l'opération et l'écoulement du liquide ascitique se continuer

encore pendant 24 heures après l'intervention. D'ailleurs la cicatrisation se fait assez rapidement pour que ce léger retard ne préoccupe pas le chirurgien, en raison de la sécurité donnée par la non-fermeture de l'abdomen.

SUITES OPÉRATOIRES, RÉSULTATS IMMÉDIATS
ET ÉLOIGNÉS.

Les résultats de l'opération de Murphy sont variables suivant les cas. On doit distinguer :

1^o Suivant qu'il y a une infection péritonéale préexistante à l'opération et qui continue à évoluer.

2^o Ou qu'il n'y a pas de réaction péritonéale avant l'intervention et qu'il ne s'en produit pas secondairement.

Dans le premier cas, la septicémie péritonéo-intestinale avancée, le collapsus, existant avant toute intervention rendent la situation de l'opéré particulièrement grave et donnent, quoi qu'on fasse, une énorme mortalité.

En effet, ces malades qui sont dans un état d'infection grave et quasi mourants au moment de l'intervention, et c'est ce que l'on constate trop souvent, guériraient-ils mieux par la suture ? Ils sont enlevés par la péritonite qu'ils doivent, avant toute intervention, à leur gangrène intestinale, et ils meurent comme l'a dit Segond (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1894) de leur hernie.

Dans le deuxième cas on voit, aussitôt après l'opération, les viscères anastomosés communiquer par

le canal dont est creusé la pièce mâle, les phénomènes d'étranglement cesser et tous les symptômes s'amender.

Dès les premières heures, l'émission des gaz témoigne du rétablissement de la continuité de l'intestin.

Le quatrième ou le cinquième jour les selles se rétablissent, la température oscille quelques jours de quelques dixièmes de degré pour revenir bientôt à la normale.

Pendant douze ou quinze jours, malgré le retour de l'appétit, on ne permet que des aliments liquides afin d'éviter l'occlusion de la lumière du bouton qui est rendu vers le douzième ou quinzième jour, et dont la migration est annoncée par une petite élévation de la température.

A partir de ce moment, le malade entre franchement en convalescence. On peut alors autoriser une alimentation plus substantielle et, vers le vingtième jour, la guérison est complète.

Du côté de la plaie, le lendemain de l'intervention il n'est pas rare de voir s'écouler, par l'orifice abdominal laissé perméable, une assez grande quantité de liquide séreux, qui marque une légère réaction péritonéale, un peu d'ascite existant parfois au voisinage de l'anse malade.

La production de liquide continue quelques heures après la levée de l'étranglement. Aussi, croyons-nous, que, comme le conseille M. Albertin (Communication faite à la Société de Chirurgie de Lyon, 7 avril 1898), qu'il faut assurer l'écoulement de ce

liquide, en n'obturant pas complètement la cavité péritonéale.

C'est une véritable soupape du sûreté qui n'a que des avantages et peu d'inconvénients. Les cicatrices qui succèdent à ces réunions lentes sont absolument solides, et cela sans qu'il y ait eu un point de suture.

Si l'on juge des résultats éloignés par les expériences faites sur les animaux, par MM. Murphy, Chaput, Villard (Congrès français de Chirurgie, 10 octobre 1894), par les autopsies, par les opérations faites sur des sujets qui ont survécu sans présenter de troubles fonctionnels du côté de leur intestin et s'étant toujours bien portés, l'orifice obtenu à l'aide du bouton anastomotique n'a aucune tendance au rétrécissement tardif; il suffit, pour s'en convaincre de considérer les figures du mémoire de Frey (1895) et qui représentent des coupes d'intestin réunis au moyen du bouton de Murphy dix jours, trois semaines, deux mois et demi après l'opération.

Sur aucune de ces coupes, on ne constate de rétrécissement et, de plus on peut voir la parfaite reconstitution de la paroi intestinale. Dans aucun de nos cas, les malades ne sont revenus se plaignant de malaise quelconque, et quelques-uns ont été revus bien portant, allant facilement à la selle et ne présentant aucun signe de sténose intestinale.

CHAPITRE VIII

Statistiques et observations.

Pour faire une statistique, ayant trait à la valeur de l'application du bouton de Murphy, comme traitement de la gangrène herniaire, il faut distinguer, entre les cas où la mort est fatale quelle que soit l'intervention, et ceux où elle doit être attribuée à une complication, dérivant directement de l'application du bouton.

Si nous examinons nos observations dont plusieurs inédites, nous voyons à la simple lecture que le pronostic s'établit d'emblée sous le plus fâcheux aspect par la constatation de l'état précaire du malade, ou de phénomènes péritonéaux généralisés existant avant l'intervention.

Ces statistiques n'ont donc pas grande valeur, et nous tiendrions bien davantage compte d'une série d'observations qui nous montreraient les complications survenant à la suite de l'application du bouton de Murphy.

Au contraire, dans un grand nombre de cas où le

décès est survenu, la nécropsie a permis de constater que le bouton anastomotique avait tenu ses promesses et n'était pour rien dans l'issue fatale.

Nous donnons ici des statistiques que nous empruntons à la thèse de Gorde.

Murphy publie, en février 1895, dans le *Chicago Clinical Review*, la statistique suivante :

- 1° Obstruction intestinale : 14 cas, 1 mort.
- 2° Hernie étranglée : 12 opérations, 2 morts.
- 3° Fistules intestinales : 9 opérations, 9 guérisons.

Dans une seconde statistique publiée par Murphy et parue dans le *Médical News*, 16 novembre 1895, nous constatons les résultats suivants : appliqué aux résections pour affections non malignes de l'intestin, le bouton anastomotique donne 66 cas avec 7 morts, soit 10 0/0.

Dans les résections comprenant à la fois le gros et le petit intestin pour gangrène, la mortalité est de 24 0/0.

Elle est encore assez élevée dans la résection pour la cure des fistules stercorales, 20 0/0.

Dans une statistique de seize observations américaines réunies par Gorde et ayant trait à des hernies étranglées, on a un décès.

Les douze observations publiées dans la thèse de Gorde donnent 2 décès.

De notre côté, nous rapportons dans notre mémoire 42 observations lyonnaises de gangrène herniaire, traitées par le bouton de Murphy et nous

avons 29 guérisons et 14 morts, soit un pour cent, de 33 %.

En résumé, nous pensons que l'étude que nous venons de faire de l'emploi du bouton de Murphy dans la gangrène herniaire, et les observations que nous apportons à l'appui, nous permet de considérer cette méthode comme procédé de choix, dans le traitement de cette affection.

OBSERVATION I (1)

(ALBERTIN.)

HERNIE INGUINALE GAUCHE ÉTRANGLÉE. — GANGRÈNE INTESTINALE. — ENTÉRECTOMIE ET ENTÉRO-ANASTOMOSE AVEC LE BOUTON DE MURPHY. — GUÉRISON AVEC FISTULETTE DE COURTE DURÉE.

M..., Antoine, cultivateur, âgé de 58 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, venant de Saint-Laurent (Rhône), avec une hernie étranglée, le 21 avril 1896. Il est reçu salle Sainte-Marthe, dans le service de mon ami Gangolphe, où je suis appelé à le voir comme chirurgien de garde. Je trouve un malade en collapsus avec des vomissements fécaloïdes, le pouls petit, en somme en très mauvais état. Je reconnais une petite hernie inguinale gauche, douloureuse et tendue. Je fais la kélotomie sans anesthésie. Le sac contient une anse intestinale noirâtre, totalement adhérente à la paroi, à l'exception du point déclive de la cavité où se trouve un peu de liquide noirâtre et fétide.

L'intestin, sphacélé, se déchire dès qu'on essaye de le décoller. Je fais une résection intestinale sur six centimètres de longueur et je fais l'anastomose avec le bouton de Murphy non modifié.

Désinfection, réduction et pansement à plat sans sutures.

Les suites ont été simples, les symptômes d'étranglement ont cessé, le malade s'est progressivement remonté.

(1) Ex Bulletin de Chirurgie, 1898, n° 3.

Vers le septième jour, il s'est produit une fistule stercorale, laissant échapper un peu de liquide et des matières liquides.

Cette fistulette s'est fermée assez rapidement sous l'influence de lavements quotidiens destinés à assurer l'évacuation intestinale et des pansements modificateurs. Le malade est sorti, le 5 juin 1896, complètement guéri.

Le bouton a été expulsé le treizième jour après l'intervention.

OBSERVATION II (1)

(ALBERTIN.)

HERNIE INGUINALE DROITE ÉTRANGLÉE. — GANGRÈNE INTESTINALE. — RÉSECTION DE 12 CENTIMÈTRES D'INTESTIN. — ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LE BOUTON DE MURPHY-VILLARD. — GUÉRISON.

G..., Emile, âgé de 58 ans, colporteur, né à Villeneuve-la-Salle (Hautes-Alpes) est apporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 20, le 19 novembre 1896 pour une hernie inguinale droite étranglée. Cet homme est porteur d'une hernie inguinale droite volumineuse depuis très longtemps. Elle était réductible et pouvait être maintenue par un bandage. L'avant-veille de son entrée à l'hôpital, le malade avait quitté son bandage en se couchant. Sous l'influence d'effort de toux pendant la nuit, la hernie sortit et il ne put la réduire.

Au matin, des symptômes d'étranglement se manifestèrent. Un médecin fit du taxis sans anesthésie. Le lendemain, deux médecins firent du taxis sous anesthésie, sans plus de succès d'ailleurs. Le malade vomit continuellement, tomba dans le collapsus ; on l'apporte à l'Hôtel-Dieu où je l'opère immédiatement. Je supprime l'anesthésie, étant donné l'état du malade, et je fais la kélotomie. A l'ouverture du sac herniaire, je trouve l'intestin grêle gangrené sur une étendue de 5 à 6 centimètres avec plaques ecchymotiques diffuses en dehors du tissu sphacélé. Je résèque environ 12 centimètres d'intestin pour trouver une portion intestinale saine et moins friable, j'anastomose les

(1) Ex Bulletin de Chirurgie, 1898, n° 3.

deux bouts avec le bouton de Murphy-Villard, je fais la réduction et applique un pansement à plat sans aucune suture. T. : 38°6, le soir de l'opération. Les vomissements ont diminué, mais l'état de collapsus persiste. Alimentation avec vin de Champagne et quelques cuillerées de bouillon américain. Le lendemain, T. 39°2 le matin, 39°3 le soir, journée assez bonne quoique le malade paraisse très faible. Les vomissements ont cessé. Le troisième jour, la température descend à 38°5, puis le quatrième à 37°8 et elle oscille pendant cinq ou six jours entre ces deux chiffres pour redevenir normale. L'état de faiblesse a persisté pendant cinq à six jours, puis le malade a progressivement récupéré ses forces, ressucité comme il dit lui-même.

Les pansements à plat, faits tous les quatre à cinq jours, n'ont rien présenté de particulier. Pendant quinze jours le malade a été alimenté avec du vin de Champagne, du bouillon américain.

Il a expulsé le bouton le quatorzième jour.

À partir de ce moment la convalescence a été plus rapide et on a progressivement ajouté à l'alimentation du potage, des œufs, du blanc de poulet.

Le 15 décembre 1896, c'est-à-dire 27 jours après l'intervention, le malade sort guéri.

J'ai revu ce malade dix-huit mois après que je l'avais opéré, il s'est toujours très bien porté, n'a présenté aucun phénomène intestinal.

OBSERVATION III (1)

(ALBERTIN.)

HERNIE CRURALE GAUCHE GANGRÉNÉE. — RÉSECTION INTESTINALE. — ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LE BOUTON DE MURPHY-VILLARD. — GUÉRISON.

G... Marie, âgée de 50 ans, ménagère; entre, le 6 juillet 1897, à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, n° 7, pour une hernie crurale-gauche étranglée. Les accidents datent de 48 heures et sont très caractérisés; l'état général est assez bon.

Je fais la kélotomie et trouve dans un sac petit, une anse

(1) Extrait du Bulletin de Chirurgie, 1898, n° 3.

intestinale, portant sur la convexité une plaque de sphacèle de la largeur d'une pièce de deux francs.

Je fais la résection de 4 cent. d'intestin, et applique un bouton de Murphy-Villard.

Je fais quatre points supplémentaires séro-séreux par dessus la ligne de striction. Pansement à plat sans suture.

7 juillet. — La malade va très bien. Alimentation avec champagne et lait. T. 38°4 matin, 37°6 soir.

Les suites ont été des plus simples, la température n'a monté que deux fois au-dessus de 38°, le troisième et quatrième jours. On surveille l'alimentation réduite à du champagne, du bouillon et du lait.

On fait le pansement tous les quatre ou cinq jours ; il n'y a rien à noter de particulier du côté de la plaie.

Le bouton est expulsé le onzième jour après l'opération.

On permet à la malade de manger un peu plus : œufs, blanc de poulet.

Elle sort, guérie, vingt jours après l'intervention.

OBSERVATION IV (1)

(ALBERTIN.)

HERNIE CRURALE DROITE ÉTRANGLÉE. — GANGRÈNE INTESTINALE.
ENTÉRECTOMIE ET ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LE BOUTON DE
MURPHY-VILLARD. — GUÉRISON.

V..., Annette, âgée de 59 ans, lingère ; entre à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, lit n° 9, le 1^{er} août 1897, pour une hernie crurale droite étranglée. La malade dit avoir remarqué sa hernie, il y a trois mois, à la suite d'un effort ; elle n'a jamais porté de bandage et réduisait facilement la tumeur herniaire. Le 2 août 1897, elle sent une vive douleur au niveau de l'aine du côté droit et vomit pendant la nuit du lundi au mardi, 1^{er} août 1897. Symptômes d'étranglement herniaire : douleurs, vomissements, mais pas de collapsus ni d'hyperthermie. Constipation absolue.

Je vois la malade le 4 août 1898, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, je confirme le diagnostic d'étranglement herniaire et j'inter-

(1) Extrait du Bulletin de Chirurgie. 1898, n° 3.

viens immédiatement sans anesthésier la malade; on lui permet quelques inhalations d'éther versé sur un tampon. J'ouvre un sac de volume moyen, d'aspect noirâtre et trouve un intestin présentant une plaque de gangrène presque totale d'une portion de l'anse herniée. Je fais la résection de 8 à 10 centimètres d'intestin et pratique l'entéro-anastomose avec le bouton de Murphy-Villard. Je suture le mésentère libéré par la résection intestinale et réduis l'intestin anastomosé par l'orifice crural débridé. Pansement à plat sans suture d'aucune sorte.

5 août 1897. — T., 38°5. R. 53. P. 80. Cessation des vomissements; pas d'évacuation. mais contraction vermiculaire de l'intestin légèrement distendu, véritables coliques douloureuses.

6 août. — Selles abondantes, atténuation des symptômes de contraction intestinale douloureuse.

8 août. — La malade va bien, malgré une légère suppuration de la portion superficielle de la plaie, qui se cicatrise bien.

13 août. — Bon état local, bon état général.

Diminution progressive de la plaie.

2 septembre. — La malade sort guérie sans que le personnel ait pu saisir au passage le bouton de Murphy qui, selon toutes probabilités, a été expulsé.

OBSERVATION V (1)

(ALBERTIN)

HERNIE CRURALE GAUCHE ÉTRANGLÉE. — GANGRÈNE HERNIAIRE.

— ENTÉRECTOMIE ET ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LE BOUTON DE MURPHY MODIFIÉ PAR VILLARD. — GUÉRISON.

L... Rosalie, 68 ans, concierge route de Strasbourg, à Caluire, est amené à l'Hôtel-Dieu le 27 octobre 1897, salle Gensoul, n° 10, pour une hernie étranglée. La malade avait, depuis une dizaine d'années, une hernie du côté gauche et ne portait pas de bandage. Depuis cinq jours elle présente les signes du choléra herniaire. Je suis appelé d'urgence, comme chirurgien de

(1) Extrait du Bulletin de Chirurgie, 1898, n° 3.

garde, auprès de la malade et je l'opère vers onze heures du soir, le jour de son entrée.

Je trouve dans un sac peu volumineux une anse grêle, étranglée portant deux plaques de sphacèle, la première longue de trois centimètres sur deux de largeur, la seconde assez près de la première est un peu moins étendue. Le sphacèle est presque complet, l'intestin papyracé, la perforation est imminente.

Je résèque environ dix centimètres d'intestin et fais l'entéro-anastomose avec le bouton de Murphy-Villard.

Les vomissements ont persisté pendant 48 heures, mais l'état général de la malade était plutôt rassurant.

T. le 28, 37°8 m., 38°5 s.

Le 29, 38° m., 38°8 le soir.

Le 30, la température s'élève à 39°, 8 On enlève le pansement et on trouve un peu de suppuration de la plaie qui n'avait d'ailleurs pas été suturée, on désinfecte cette cavité et on fait un pansement antiseptique. Le lendemain, la température tombe, tous les phénomènes généraux disparaissent et la malade guérit rapidement.

Le 10 novembre, la malade n'a encore pas rendu le bouton de Murphy, ou du moins il n'a pas été trouvé dans les selles. Cela n'a, d'ailleurs, rien d'inquiétant, la malade allant très bien. Il ne faut, d'ailleurs, pas se fier aux dires du personnel qui, modifié jour et nuit, ne peut surveiller l'expulsion du bouton de Murphy qui échappe bien souvent au contrôle de sortie.

OBSERVATION VI (1)

(ALBERTIN.)

HERNIE CRURALE DROITE, GANGRENÉE. — RÉSECTION INTESTINALE ET ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LE BOUTON DE MURPHY-VILLARD. — GUÉRISON.

B..., Marie, dévideuse à Saint-Chamond, âgé de 73 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 12 janvier 1896, salle Gensoul, 19, pour une hernie crurale droite étranglée. Cette malade portait depuis

(1) Extrait du Bulletin de Chirurgie, 1898, n° 3.

longtemps une hernie peu volumineuse, habituellement réductible. Depuis quarante-huit heures elle ne rentre plus et la malade présente les symptômes d'étranglement herniaire. Je l'opère dans la nuit du 12 au 13 janvier 1898. L'intestin est sphacélé sur une longueur de deux centimètres et sur presque tout son pourtour. Je résèque environ cinq centimètres de l'anse grêle et je fais l'anastomose avec le bouton de Murphy modifié par Villard. Je place quatre points de sûreté complémentaires séro-séreux et je réduis après débridement de l'arcade, pour éviter la malaxation de la région de l'anastomose. Je ne fais aucune suture, ni profonde, ni superficielle, je me borne à placer un tampon dans le fond de la plaie,

Pendant huit jours la malade est alimentée avec du bouillon et du champagne.

Le 18 janvier, c'est-à-dire six jours après l'intervention, on fait le premier pansement; la plaie bourgeonne, ne suppure pas, a très bon aspect. La malade est apyrétique. Au huitième jour on ajoute du lait au régime. Au quinzième jour, potage et blanc de poulet.

Les pansements sont faits à plat tous les cinq ou six jours; la plaie diminue rapidement de profondeur.

Le 15 février 1898, la malade sort guérie sans qu'on ait constaté l'expulsion du bouton, qui a probablement passé inaperçu.

OBSERVATION VII (1)

(ALBERTIN.)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE. — GANGRÈNE INTESTINALE. —
ENTÉRECTOMIE ET ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LE BOUTON DE
MURPHY-VILLARD. — MORT PAR CACHEXIE, SANS ACCIDENTS DU
COTÉ DE L'ANASTOMOSE.

M... Marie, âgée de 74 ans, ménagère, est apportée à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, 5, le 22 novembre 1896, pour une hernie crurale droite étranglée s'accompagnant de collapsus et de vomissements stercoraux. Je fais la kélotomie et trouve une petite portion d'anse grêle herniée et gangrenée; je fais la résection

(1) Extrait du Bulletin de Chirurgie, 1890, n° 3.

de cinq centimètres d'intestin et j'anastomose les deux bouts avec le bouton de Murphy-Villard.

Pansement à plat sans sutures.

La malade reste dans l'état de collapsus où elle se trouvait avant l'intervention, mais les vomissements ont cessé. Elle présente des symptômes de congestion pulmonaire et meurt le troisième jour après l'intervention, sans avoir eu aucun phénomène abdominal inquiétant,

A l'autopsie, je trouve l'anse opérée bien anastomosée, sans réaction inflammatoire. Il existe déjà des adhérences lorsqu'on cherche à enlever le bouton.

L'examen des poumons nous montre que la malade a succombé à la cachexie compliquée de congestion pulmonaire intense. Le bouton de Murphy n'a joué aucun rôle dans la persistance du collapsus; cette malade eût certainement guéri de sa résection intestinale, s'il n'y avait pas eu d'autres causes de mort.

OBSERVATION VIII

(ALBERTIN.)

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE. — GANGRÈNE INTESTINALE. — RÉSECTION ET BOUTON DE MURPHY. — MORT QUATRE HEURES APRÈS, PAR CONTINUATION DU CHOLÉRA HERNIAIRE.

E... Justine, 71 ans, est apportée, le 31 janvier 1898, à l'Hôtel Dieu, salle Gensoul, n° 11, dans le coma. Elle présente les signes du choléra herniaire ayant pour cause une hernie inguinale gauche étranglée. Le pouls est petit, filiforme, l'hypothermie très marquée. J'opère la malade en rappelant cette phrase de Daniel Mollière : « La seule contre-indication à l'opération dans la hernie étranglée, c'est la mort ».

Pas d'anesthésie. A l'ouverture du sac, entéro-épiplocèle avec gangrène intestinale sur plusieurs points. Je résèque environ 8 centimètres d'intestin et place un bouton de Murphy. Réduction et pansement à plat. La malade succombe quatre heures après l'intervention. L'examen nécropsique de la pièce a montré qu'elle était dans l'état où elle se trouvait au moment de la réduction. Il n'y avait pas eu d'accident du côté de l'anastomose.

Pas d'hémorrhagie mésentérique et la mort paraît devoir être attribuée aux accidents provoqués par les phénomènes d'étranglement avant l'intervention.

OBSERVATION IX (1)

(ALBERTIN.)

HERNIE CRURALE DROITE ÉTRANGLÉE.— SPHACÈLE INTESTINAL.—
RÉSECTION ET BOUTON DE MURPHY-VILLARD.— PERSISTANCE
DES PHÉNOMÈNES D'OCCCLUSION INTESTINALE.— MORT TROIS
JOURS APRÈS L'INTERVENTION.

T..., Marie, 75 ans, tisseuse à Pontcharra-sur-Turdine, est amenée à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, lit n° 21, le 18 février 1898, pour une hernie crurale droite étranglée. Cette malade avait remarqué depuis trois ans une petite hernie dans le pli de l'aîne du côté droit. Elle ne portait pas de bandage. Il y a trois jours cette hernie devint subitement dure, douloureuse, irréductible. En même temps, apparaissaient les symptômes généraux de l'étranglement herniaire : vomissements, ballonnement douloureux du ventre.

Je l'opère le 18 février 1898. A l'ouverture du sac, peu volumineux, je constate la présence d'une anse grêle, qui a des points de sphacèle. Je résèque environ quatre centimètres et place le bouton de Murphy-Villard sans incident.

19 février.— La température qui, avant l'intervention, était de 39°, tomba le lendemain matin, à 38° 4 et le soir, à 38° 8.

Le 20 février.— Les douleurs abdominales sont plus vives et généralisées à tout l'abdomen. Pas de selles. T. 38° 5 matin, 38° 8 soir.

Le 21 février.— Les vomissements réapparaissent, la langue est saburrale. On fait le pansement; il n'y a pas trace de pus. T. 37° 9.

La malade n'a pas eu d'évacuation, ni de gaz. Elle succombe à 2 heures de l'après-midi.

A l'autopsie, on constate une grande distension des anses in-

(1) Extrait du Bulletin de Chirurgie 1898 N° 3.

testinales par des gaz. Il y avait évidemment de l'occlusion. On en cherche la cause, et voici ce que je constate :

Au niveau de la plaie mésentérique, au voisinage de la région intestinale anastomosée, il s'est produit une adhérence avec une anse grêle voisine, qui est tordue sur elle-même, de façon à n'être plus perméable. Il y a donc eu occlusion par adhérence et torsion d'une anse voisine de celle où siégeait la lésion herniaire.

Il existe un peu de péritonite très circonscrite, au point d'adhérence, mais rien de diffus dans le reste du péritoine.

L'intestin anastomosé est en parfait état, les adhérences commencent à se former. Il n'y a pas à incriminer le bouton de Murphy, mais seulement un point d'infection au niveau de la section mésentérique.

OBSERVATION X (1)

(ALBERTIN.)

HERNIE CRURALE DROITE ÉTRANGLÉE.— GANGRÈNE HERNIAIRE AVEC PÉRFORATION, — RÉSECTION DE 15 CENTIMÈTRES D'INTESTIN.— BOUTON DE MURPHY-VILLARD. — MORT PAR HÉMORRHAGIE MÉSENTÉRIQUE.

F..., Sophie, âgée de 70 ans, concierge, avenue de Saxe, entre le 8 février 1898, à l'Hôtel-Dieu pour une hernie crurale droite étranglée, datant de 36 heures. La malade dit n'avoir jamais remarqué qu'elle fût atteinte de hernie ; ce n'est qu'hier qu'elle a, en faisant un effort senti une douleur brusque dans le pli de l'aîne du côté droit et senti une grosseur. Les vomissements sont très abondants ; la tumeur herniaire est dure, douloureuse ; l'état général n'est pas très bon. Je fais la kélotomie à six heures du soir. J'ouvre le sac qui est petit, très distendu ; il s'en échappe un liquide noirâtre, sanguinolent. L'intestin est sphacélé sur une étendue de 4 centimètres et présente sur la région convexe une perforation lenticulaire de un centimètre de diamètre. Je résèque l'intestin et j'applique un bouton de Murphy.

(1) Extrait du Bulletin de Chirurgie 1898 N° 3.

Lorsque je vais pour emboutir les deux moitiés du bouton, je constate qu'il m'est impossible de serrer le bouton, l'appareil fixateur étant brisé. Je constate ce fait à mon grand regret, car c'est à contre-cœur que j'avais accepté ce bouton, trouvant celui qui a été modifié par Villard infiniment préférable et comme facilité d'application et comme sécurité de mécanisme. Je suis réduit à réséquer la portion intestinale contenant le bouton impropre, ce qui porte à 15 centimètres environ l'étendue de la résection intestinale.

J'applique rapidement, et sans incident, un nouveau bouton Murphy-Villard. Je passe à la suture du mésentère et j'ai assez de peine à faire l'hémostase et à affronter la portion laissée libre par la résection intestinale; je ne fais cependant pas de résection mésentérique. Je réduis et fais un pansement à plat avec deux points de suture en haut de la plaie cutanée.

9 février. — La malade n'a eu encore ni selles ni gaz.

Pendant ce premier jour qui a suivi l'opération, les vomissements ont cessé, il n'existe ni ballonnement du ventre, ni douleur abdominale.

T. 38°5, 39°1.

10 février. — La malade a un peu vomi, le ventre se ballonne légèrement.

Etat général passable. T. 38°3, 38°8.

11 février. — Le ballonnement s'accroît; le ventre est un peu douloureux à la palpation; on fait un premier pansement qui ne révèle rien d'anormal.

T. 38°2, 38°4.

12 février. — Voyant que l'abdomen reste ballonné, qu'il existe des signes de péritonite légère, je fais un drainage intrapéritonéal par l'orifice qui m'a servi à réduire la hernie. Rien ne s'écoule lorsque j'introduis le doigt pour rétablir le trajet.

T. 38°7, 38°2.

13 février. — La malade succombe avec des signes d'anémie extrême et du ballonnement abdominal.

Autopsie. — Le 14 février 1898. A l'ouverture de l'abdomen je constate qu'il n'existe pas de suppuration péritonéale, mais je trouve les traces d'une hémorrhagie abondante, sous forme de caillots agglutinant les anses intestinales.

L'examen de la région anastomosée me démontre que l'hémorragie s'est faite au niveau de la portion mésentérique dont l'intestin réséqué a été détaché. Ensuturant cette portion, je l'avais adossée, redoublée. Il est probable qu'au moment de la réduction, cette plicature a changé de face, et cette manœuvre a dû désunir la suture et libérer l'extrémité ouverte de quelques vaisseaux qui ont continué à donner du sang dans le péritoine.

Il n'y avait pas de péritonite évidente, mais cet état du péritoine dépoli qui existe lorsqu'on enlève des caillots adhérents sur la séreuse. Pas de pus,

C'est bien l'hémorragie qui a tué la malade, car l'anastomose intestinales était en parfait état, et je ne trouve pas à incriminer le bouton de Murphy.

OBSERVATION XI

(ALBERTIN.) Inédite

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE. — RÉSECTION INTESTINALE DE 10 CENTIMÈTRES. — ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LE BOUTON DE MURPHY-VILLARD. — FIXATION DU MOIGNON DE L'ÉPIPLOON RÉSÉQUÉ. — MORT.

X..., D..., âgée de 75 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul n° 7, le 30 mai 1896, pour une hernie ombilicale étranglée. La malade a une bonne santé habituelle; il y a deux ans elle vit apparaître la tumeur ombilicale pour laquelle elle entre. La malade dit n'avoir remarqué sa hernie que lorsqu'elle eut le volume d'une noix. Elle avait l'apparence du tégument cutané. Pendant cette période de deux ans pas de troubles digestifs, lorsque, le vendredi 29 mai, la malade fut prise d'obstruction intestinale. La malade eut encore quelques selles le vendredi, mais, à partir du samedi, 30 mai, ni selles, ni gaz, pas de douleurs très aiguës du côté de l'ombilic.

Depuis ce moment quelques vomissements alimentaires et muqueux pas de vomissements fécaloïdes. Actuellement on constate une tumeur arrondie à la région ombilicale, de la dimension d'une mandarine saillant au-dessus des téguments.

L'ombilic est rejeté à droite et en haut, l'aspect change dans les moitiés droite et gauche.

Dans le demi-cercle droit, la coloration est violacée ecchymotique, dans le demi cercle gauche elle est rose, et présente de la matité et une fluctuation manifeste.

La tumeur est enserrée à sa base par un anneau dur au-dessous duquel on constate un assise profonde, dure, et très douloureuse, de forme circulaire, large comme la main.

Le ventre est ballonné, légèrement tendu, un peu douloureux.

La température, 39°5 à l'entrée, est tombée, le 2 juin, à 38°5; le pouls est fort, un peu rapide.

Le 2 juin, opération. Incision circulaire autour de la tumeur ombilicale. On tombe sur l'intestin gangréné sur une étendue de cinq centimètres; c'est une anse grêle qui baigne au milieu d'un liquide noirâtre à odeur fétide. Après désinfection rigoureuse, on résèque environ dix centimètres d'intestin et on applique le bouton de Murphy-Villard.

L'opération est rapidement menée étant donné l'état grave de la malade qui présente des symptômes de collapsus avec des signes de péritonite.

En présence de ces phénomènes, et pour terminer rapidement, on résèque un gros paquet épiploïque et l'on fixe le moignon à l'anneau. Malgré tout, le collapsus continue et la malade meurt dans la soirée.

Dans cette observation, il faut noter : 1° que l'application du bouton Murphy-Villard a été faite rapidement;

2° Que/ malheureusement, le collapsus herniaire était trop accusé, ce qui n'a pas prrmis à la malade de se relever.

OBSERVATION XII

(ALBERTIN) inédite

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE. — RÉSECTION INTESTINALE. —

BOUTON DE MURPHY. — GUÉRISON.

P..., Marie, 68 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Gensoul, n° 17. Cette malade avait une hernie depuis environ vingt-cinq ans, hernie qui ne lui causait aucune gêne, aucun trouble; elle ne portait pas de bandage.

Le 12 juin elle ressentit, à droite, des colliques sourdes peu violentes, puis elle vomit son repas du matin. Bientôt les vomissements deviennent verdâtres, bilieux, et exhalent une odeur fécaloïde, depuis ce temps la malade n'a pas eu de selle, ni rendu aucun gaz par l'anus.

Arrivée à 2 heures du soir, la malade a été opérée à 5 heures du soir par M. Albertin.

Opération. Incision de la paroi, débridement de l'anneau, ouverture du sac dans lequel se trouve une anse grêle. Au niveau du sillon d'étranglement, les tuniques intestinales sont très amincies; cependant la circulation y revient graduellement sous l'influence d'un arrosage très chaud, mais l'anse herniée présente une plaque de sphacèle qui en interdit la réduction et, sur la phérophérie de l'anse, il existe un thrombus des tuniques assez prononcé. On fait une résection intestinale de quatre centimètres environ et comme les tuniques sont un peu épaissies et le conduit intestinal rétréci, le bout supérieur admet encore le pouce, mais le bout inférieur présente une diminution de calibre considérable, admettant juste le petit doigt. On ne pouvait songer à mettre le bouton de Murphy utilisé ordinairement, et M. Albertin décide d'utiliser un bouton de plus petit calibre ayant environ 12 millimètres.

La malade sort guérie le 10 juillet 1899.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(ALBERTIN)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLEE. = RÉSECTION INTESTINALE. —

APPLICATION DU BOUTON DE MURPHY. — MORT.

R..., Françoise, âgée de 55 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, lit 29, le 13 juin 1899.

Mère morte en couches.

Père mort probablement de néphrite consécutive à des calculs vésicaux.

Antécédents personnels. — Règles toujours très irrégulières. Vers 10 ou 15 ans, la malade a eu plusieurs hémalémèses.

Il y a vingt ans, elle a été soignée à l'Hôtel-Dieu, pour une péritonite tuberculeuse.

Il y a cinq ans, pleurésie gauche.

Depuis vingt ans, la malade est au Perron, elle a toujours toussé; actuellement elle crache un peu de sang. Elle a toujours été faible et débile.

Le 10 juin, elle fut prise de nausées et vomissements; bientôt des coliques se déclarèrent, sourdes d'abord, devenant de plus en plus prolongées, douloureuses.

Actuellement, la pression est surtout douloureuse au voisinage de la ligne médiane. Les parois abdominales sont peu tendues, peu de ballonnement.

La malade refuse toute espèce d'aliments et, depuis trois jours, elle vomit tout ce qu'elle prend.

Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent jaunes, puis bilieux et fécaloïdes.

Suppression absolue des selles; depuis le 10 juin aucun gaz n'a été rendu par l'anus.

A son entrée dans le service, la malade a de violentes coliques, le visage est terreux, les yeux excavés et cerclés de noir, pouls petit, respiration courte, langue sèche, faciès grippé, la malade parle avec peine.

Ce n'est qu'à sa visite que M. Albertin trouve, à la région crurale gauche, une petite tumeur qui avait échappé à l'examen antérieur de la malade et fit le diagnostic de hernie crurale gauche étranglée.

Cette tumeur, globuleuse et marronnée, était le siège d'une grande sensibilité. Elle est mate à la percussion.

La hernie ne donne pas l'impulsion dans la toux. Irréductibilité absolue.

Opération, le 14 juin. Anesthésie légère. M. Albertin pratique la kélotomie. Le sac découvert, il incise sur l'anneau fibreux, directement en haut; pendant cette manœuvre, l'intestin abandonne le sac et rentre dans l'abdomen. Le sac incisé, il s'écoule une certaine quantité de matières fécales. On incise plus largement, pour aller à la recherche de l'intestin gangrené. On découvre l'anse qui constituait la hernie, très vascularisée; elle présente sur son bord convexe une perforation de la largeur d'une lentille; à ce niveau et sur tout son pourtour l'anse est fortement rétrécie. On incise en deça et au-delà de la perforation une longueur de 4 centimètres d'intestin environ et, comme

le mésentère, soit au niveau de sa surface de section, soit au niveau de ses déchirures saigne assez abondamment, on place plusieurs ligatures à la soie fine.

On place ensuite un bouton de Murphy-Villard. Pendant qu'on le serre, il se fait sur l'intestin du côté de la branche mâle, une petite déchirure intéressant surtout la séreuse et qui est immédiatement enfouie sous un point séro-séreux.

Toutes ces manœuvres sont faites sous une abondante irrigation. La réduction intestinale est faite facilement. On excise ensuite la plus grande partie du sac. On ne fait pas de sutures profondes, drainage à la gaze. Pansement à plat.

Le 15, la malade présente de l'hypothermie T. : 36°7.

Faciès péritonéal de plus en plus accentué.

Continuation du collapsus et de la péritonite herniaire et la malade meurt 48 heures après l'opération.

Réflexions. — L'application du traitement a été fait rapidement en quelques minutes mais la longue durée de l'étranglement cinq jours environ, l'état de collapsus, et l'inondation péritonéale par le liquide intestinal faisaient prévoir l'issue fatale.

OBSERVATION XIV

(ALBERTIN.). Inédite

HERNIE CRURALE DU GROS INTESTIN IRRÉDUCTIBLE. — GANGRÈNE PAR PINCEMENT LATÉRAL. — RÉSECTION. — ENTÉRORRHAPHIE CIRCULAIRE. — GUÉRISON.

D..., Elisabeth, âgée de 55 ans, ménagère, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul n° 10, pour une hernie crurale irréductible depuis vingt jours (28 mai 1899). Il s'agit d'une hernie crurale qui, au début, ne présentait pas de signes d'étranglement, mais qui, depuis trois à quatre jours, en a tous les symptômes très accusés.

Opération. → M. le docteur Albertin pratique la kélotomie le jour même de l'entrée de la malade à l'hôpital.

A l'ouverture du sac, on trouve que la portion herniée est une portion du gros intestin; très probablement un segment

de l'anse oméga. On constate sur l'anse herniée une plaque de sphacèle de la dimension d'une pièce de deux francs intéressent le tiers de la circonférence de l'anse herniée. On fit la résection de la portion altérée de l'intestin et on se trouva alors avoir à coapter deux orifices de 4 à 5 centimètres de diamètres ; le bouton de Murphy était évidemment inapplicable dans ce cas là, aussi M. Albertin se décida à pratiquer l'entérorrhaphie circulaire.

Après l'entérorrhaphie et la suture du mésocolon, on réduit l'anse anastomosée et on fait un pansement à plat sans suture profonde.

Les suites opératoires ont été simples et la malade quitta l'hôpital, guérie.

OBSERVATION XV

(ALBERTIN, inédite)

HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE. — RÉSECTION DE 50 CENTIMÈTRES D'INTESTIN. — TENTATIVE INFRUCTUEUSE D'APPLICATION DU BOUTON DE MURPHY. — ENTÉRORRHAPHIE CIRCULAIRE. — MORT.

A..., Jean, âgé de 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 11, le 10 décembre 1898, pour se faire pratiquer une cure radicale de hernie inguinale.

Le malade était préparé pour être opéré, lorsque brusquement, pendant l'après-midi du 12, il est pris de symptômes d'étranglement herniaire. M. Tixier l'opère et trouve une anse assez longue de 12 à 15 centimètres, présentant des signes de congestion intense, mais en assez bon état pour que la réduction pût être faite. L'opération ne présente rien de particulier.

Le surlendemain, les phénomènes d'étranglement ne cédant pas et l'état du malade s'aggravant avec une extrême rapidité, M. Albertin fit la hernio-laparotomie pour rechercher la cause de la persistance du choléra herniaire.

Il trouva une anse grêle de 40 centimètres de longueur, rouge, violacée, et en remontant sur l'insertion mésentérique, il constata que le pédicule mésentérique correspondant à cette portion de l'intestin avait subi une torsion complète, de sorte

que les vaisseaux allant au bord concave de l'anse étaient thrombosés. L'intestin, sur toute cette étendue, était en voie de sphacèle, présentant une odeur gangréneuse.

Il fit la résection d'au moins 50 centimètres d'intestin et, quoique s'éloignant des limites de la gangrène, il se trouva malgré cela en présence d'un intestin dont les parois étaient très épaisses, œdématisées, infiltrés. Il fit une tentative d'application du bouton de Murphy, y renonça très vite à cause de cet état œdémateux des tuniques intestinales, et il pratiqua l'entérorrhaphie circulaire.

Malgré cette intervention, la péritonite généralisée qui existait continua à évoluer, et le malade succomba le lendemain.

OBSERVATION XVI

(VILLARD, *Gazette Hebdomadaire*, mars 1895.)

HERNIE GANGRENÉE. — RÉSECTION INTESTINALE. — EMPLOI DU BOUTON ANOSTOMOTIQUE. — GUÉRISON.

X..., âgée de 56 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le professeur Vallas, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 10 janvier 1895.

Elle est atteinte d'une hernie crurale gauche, du volume d'un œuf de poule, présentant tous les caractères d'un étranglement vrai; l'état général est très grave.

En l'absence de M. le professeur Vallas, M. Villard, appelé d'urgence auprès de cette malade, se décide à la kélotomie qui est pratiquée à sept heures du soir.

Opération : anesthésie à l'éther; précautions antiseptiques ordinaires. L'incision des parties molles ne présente rien de particulier.

A l'ouverture du sac, épanchement hématique de coloration douteuse, laissant percevoir une odeur putride spéciale, manifeste. L'anse intestinale étranglée offre une coloration feuille-morte typique; il n'y a pas cependant de perforation manifeste.

Après débridement de l'anneau, on constate que le maximum des lésions porte sur la convexité de l'anse, plutôt qu'au niveau du sillon.

La paroi intestinale est très amincie, flasque, en immence de perforation.

La création d'un anus contre nature ou une résection intestinale s'impose.

Malgré l'état général sérieux de la malade, M. Villard se décide, vu la possibilité de pratiquer rapidement la résection de l'anse gangrenée au moyen du bouton anastomotique, à cette dernière intervention.

L'anse intestinale étant largement attirée au dehors, après avoir fait refluer les matières dans un des bouts par des pressions méthodiques, un aide comprime l'intestin entre deux de ses doigts, et il fait en plein tissu sain une section transversale, au-dessus du point gangrené.

Rapidement, au moyen d'une aiguille à main, on passe sur tout le pourtour de la tranche de section, un fil de soie faufile en surjet.

Une des branches du bouton anastomotique étant introduite ensuite dans la lumière intestinale, on serre le fil en surjet, fixant ainsi d'une manière définitive la pièce métallique. On fait des manœuvres identiques sur le bout inférieur.

Après la ligature du coin mésentérique, on pratique l'ablation de l'anse gangrenée, et l'articulation des deux moitiés du bouton anastomotique ne présente aucune difficulté.

L'adossement des séreuses est parfait sur tout le pourtour. Pas d'hémorrhagie. On voit des matières passer librement du bout supérieur dans le bout inférieur. Lavage à l'eau bouillie du sac et de l'anse anastomosée, qu'on rentre ensuite dans l'abdomen; cette réintégration demande un débridement assez large de l'anneau, le diamètre du bouton employé dans ce cas étant de 23 millimètres.

Ligature et extirpation du sac. Sutures cutanées, pansement.

Le 11 janvier 1895, Nuit très bonne; les vomissements ont complètement cessé. Etat général bien meilleur, la malade ne présente pas de shock. Pas de selles, mais émission abondante de gaz. Pas de douleur dans l'abdomen.

Température rectale : 37°1.

Le 12 janvier persistance du bon état général. Pas de ballonnement du ventre. Une petite selle; température rectale : 38°8.

Le 13 janvier la malade commence à s'alimenter un peu ; toujours bon état général.

Le 18 janvier état général parfait. Cicatrisation de la plaie cutanée. quelques selles.

Le 20 janvier, la malade éprouve quelques malaises, quelques nausées ; constipation, symptômes vagues d'obstruction intestinale ; mouvement fébrile léger : 38°5. Sans doute l'élimination du bouton est en train de se faire, et explique ces symptômes.

Le 23 janvier les phénomènes d'obstruction intestinale, plus accentués hier, tendent à disparaître. Un purgatif huileux a été donné ; a produit plusieurs selles.

Le 24 janvier, la malade a éliminé son bouton anastomotique. Etat général excellent.

Le 1^{er} février, la malade va aussi bien que possible. Appétit normal ; elle va quitter l'hôpital.

OBSERVATION XVII

(Publiée par VILLARD.)

HERNIE CRURALE GANGRÉNÉE. — RÉSECTION INTESTINALE SUIVIE D'ENTÉRO-ANASTOMOSE PAR LE BOUTON METALLIQUE DE VILLARD. — GUÉRISON.

B... Virginie, 50 ans, ménagère. Est amenée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 27 juin 1895, à 10 heures du soir, dans la salle Sainte-Anne (clinique de M. le professeur Poncet).

La malade présente des accidents manifestes d'étranglement herniaire remontant à 36 heures seulement. Elle est porteur depuis six mois d'une petite hernie crurale gauche à laquelle elle n'attachait aucune importance, n'en étant pas incommodée.

Pourtant, à plusieurs reprises, elle eut des vomissements dont elle ne pouvait préciser la cause ; ils étaient très probablement en rapport avec une circulation défectueuse du contenu intestinal au niveau de l'anse herniée.

La veille de son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette femme fut prise

de vomissements, de douleurs très vives du côté de sa hernie, d'un arrêt complet des matières et des gaz.

A son entrée, la malade présente, tous les signes classiques de l'étranglement herniaire : vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre, aucune émission gazeuse. Du côté du triangle de Scarpa, petite tumeur maronnée, douloureuse, irréductible, mate, avec prolongement profond du côté de l'anneau crural. La kélotomie immédiate s'imposait, M. Villard la pratiqua d'urgence.

Opération. Anesthésie à l'éther.

Incision des téguments au niveau de la tumeur herniaire, dissection et isolément du sac. A l'ouverture de celui-ci, écoulement d'une faible quantité d'un liquide séro-sanguinolent, qui permet de voir une petite anse d'intestin grêle très fortement serrée, mais ne paraissant pas atteinte de sphacèle.

Pas d'épiploon.

L'anse intestinale est fortement serrée par le ligament de Gimbernat.

Après débridement à ce niveau, l'intestin, tiré au dehors, montre, au niveau du collet, une ulcération comprenant plus de la moitié de la circonférence du conduit digestif et en immence absolue de perforation. L'étendue des lésions, la présence de tissus voisins de mauvaise nature faisant rejeter la possibilité d'une suture latérale, M. Villard se décide à faire une résection de l'anse intestinale gangrenée, en utilisant le bouton anastomotique construit d'après ses données.

L'anse intestinale est fortement attirée au dehors et lavée. Le coin mésentérique, répondant à la partie qui doit être réséquée est enserré dans une solide ligature au catgut. Un aide fait refluer les matières dans le bout supérieur ; puis, après avoir solidement saisi l'intestin entre deux doigts, celui-ci est sectionné. Manœuvres identiques sur le bout inférieur.

Les doigts de l'aide faisant office de pinces à pression continue et s'opposant à l'issue des matières stercorales, on fixe successivement, sur chaque bout, chaque moitié du bouton anastomotique, au moyen d'une suture en bourse. Celui-ci est ensuite articulé et l'on peut constater l'adossement parfait des surfaces sereuses. Sous les yeux des assistants, passent très

facilement les matières intestinales du bout supérieur dans le bout inférieur.

On procède alors à la réduction de l'anse dans l'abdomen. Il est nécessaire, pour cela, de débrider fortement en haut et en dedans, en entamant les fibres internes de l'arcade de Fallope.

: Diamètre du bouton employé : 23 millim. Ligature et excision du sac ; suture.

L'opération totale a duré trente minutes.

Ce qui a prolongé la durée, ce furent les préparatifs nécessaires à la désinfection du bouton, le début rapproché des accidents n'ayant pu faire soupçonner une gangrène de l'anse herniée.

Le 22 juin 1895, état général parfait. Cette nuit et ce matin, émission de gaz par l'anus. Disparition absolue des vomissements. La malade se trouve très bien. Température rectale : 37°8.

Le 25 juin, état général toujours excellent. Nouvelles évacuations gazeuses. Ce matin, une selle abondante. Température rectale : 37°5.

Le 27 juin, nouvelle selle. Imprudence de manger des aliments solides. Température rectale : 37°5.

Le 29 juin, un peu d'élévation de la température : 38°8; elle est très probablement en rapport avec le début de la migration du bouton. Etat général pourtant très bon. Une nouvelle selle très abondante.

Le 1^{er} juillet, expulsion, ce matin, du bouton. Son passage a été révélé seulement par le bruit spécial qu'a fait la pièce métallique en tombant dans le vase. Température rectale : 37°4.

Le 3 juillet, la plaie opératoire est cicatrisée à peu près complètement. La malade a repris son alimentation normale.

M. Villard la présente, à cette date, à la Société des Sciences Médicales de Lyon, onze jours après l'intervention. Elle peut être considérée comme complètement guérie.

Le 15 juillet, la malade est revue en parfaite santé.

OBSERVATION XVIII

(Publiée par VILLARD.)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE. — ACCIDENTS TRÈS GRAVES
D'ÉTRANGLEMENT. — RÉSECTION INTESTINALE. — EMPLOI DU
BOUTON ANASTOMOTIQUE. — GUÉRISON.

F..., Caroline, 42 ans, tisseuse, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon,
le 20 août 1895.

Accidents d'étranglement herniaire remontant à trois jours.
Cette femme était porteur, depuis sept ans, d'une hernie crurale droite; depuis cinq ans, elle en avait vu venir une deuxième à gauche. Constipation habituelle.

A son entrée, la malade présente tous les signes d'un étranglement vrai; arrêt des selles et des gaz; vomissements fécaloïdes. Abdomen météorisé. Hernie crurale gauche indurée, irréductible, tendue douloureuse. Un peu d'œdème et de rougeur de la peau à ce niveau. Rien du côté de la hernie crurale droite.

Elat général excessivement grave. Faciès grippé. Pouls imperceptible à la radiale, refroidissement des extrémités, voix éteinte, langue rôtie.

Une intervention rapide s'impose, malgré le peu de chance de survie. Pensant à une gangrène de l'intestin, M. le Dr Villard fait tout préparer d'avance pour pratiquer une résection et appliquer le bouton anastomotique.

Opération. — Pas d'anesthésie, vu l'affaiblissement extrême de la malade. Incision rapide des téguments.

Ouverture du sac d'où s'écoule un liquide à odeur infecte. large débridement de l'anneau.

L'anse intestinale étranglée étant attirée au dehors, on constate qu'elle est sphacélée sur toute son étendue avec plusieurs perforations. Rapidement, on lie le mésentère, on résèque l'anse gangrenée en dépassant largement les limites; on place le bouton anastomotique; on articule et on réintègre le tout dans l'abdomen. Le sac est lié et réséqué. Un pansement à la gaze iodoformée est appliqué sur la plaie au niveau de laquelle

M. Villard ne fait aucune suture pour ne pas prolonger le traumatisme opératoire.

Durée totale de l'opération, quatorze minutes. Le malade est transportée dans son lit dans un état excessivement grave. On lui fait plusieurs injections sous-cutanées de caféine.

Le 21 août 1895. Etat général meilleur. Le pouls s'est remonté. Facies moins mauvais. Vomissements tout à fait disparus. Ce matin, émission de gaz en petite quantité.

Température rectale : matin, 38°4; soir, 39°.

Le 22 août, l'amélioration continue. Température : 38°.

Le 25 août. La malade a eu une selle, gaz régulièrement tous les jours, la langue s'est dépouillée. L'appétit commence à se faire sentir. Disparition des douleurs abdominales. La guérison paraît dès ce moment certaine.

Le 29 août, nouvelle selle, état général très bon. L'alimentation est commencée avec des liquides. Les forces reviennent rapidement.

Le 4 septembre la malade est allée deux fois à la selle, mais avec lavements.

La température est tout à fait normale depuis plusieurs jours.

Le 9 septembre les selles continuent à être régulières. Mais, comme la malade se lève et est d'une grande indocilité, elle néglige d'aller à la garde-robe dans le vase qu'on lui donne, afin de ne pas laisser inaperçue la sortie du bouton anastomotique.

Celui-ci, de ce fait, n'a pas été retrouvé.

Le 19 septembre. Sortie de l'hôpital, vie normale reprise, et état de santé parfait.

L'élimination du bouton a, dans le cas présent, eu lieu, mais a passé inaperçue.

OBSERVATION XIX

(Publiée par VILLARD.)

HERNIE GANGRÉNÉE. — RÉSECTION INTESTINALE. — APPLICATION DU BOUTON ANASTOMOTIQUE. -- GUÉRISON.

D... Louise, soixante-dix ans, ménagère. Entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 23 août 1895, pour des accidents d'étranglement herniaire ayant débuté il y a seulement deux jours.

La malade est porteur d'une double hernie crurale.

La première existe à droite depuis quatre ans.

Le malade ne se serait aperçue de la seconde que depuis les accidents d'étranglement.

A son entrée, elle présente tous les symptômes de l'étranglement herniaire: vomissements successivement alimentaires, bilieux, fécaloïdes. Arrêt complet des gaz et des matières, hernie crurale marronnée, dure, irréductible et douloureuse à gauche.

Etat général mauvais: langue sèche, faciès altéré.

M. Villard se decida à la kélotomie, qui est pratiquée d'urgence, à six heures du soir.

Opération Anesthésie à l'éther.

Incision des parties molles, isolement et ouverture du sac. On trouve aussitôt une petite anse intestinale très fortement étranglée et ayant tous les signes caractéristiques du sphacèle: plaques feuille-morte, parois intestinales considérablement amincies et affaissées.

L'anus contre-nature ou la résection intestinale s'imposent. M. Villard a recours à cette dernière, en utilisant son bouton anastomotique.

N'ayant pas prévu la possibilité du sphacèle intestinal, un temps assez long est perdu pour la préparation et la stérilisation de la pièce métallique.

Pendant ce temps, on pratique le débridement de l'anneau et, on attire largement au dehors l'anse d'intestin grêle.

Rapidement, le mésentère est ligaturé, les deux moitiés du bouton sont fixées sur chaque bout de l'intestin et articulées.

Après débridement de l'anneau par section des fibres internes

de l'arcade de Fallope, l'intestin est lavé à l'eau bouillie et rentré dans l'abdomen.

Extirpation du sac, plan de suture profond dans les parties molles. Sutures superficielles de la peau.

Durée de l'intervention, demi-heure, à cause du retard apporté pour la préparation du bouton.

24 août. — Plus de vomissements, ni même de nausées. La langue, très sale, est pourtant un peu humide. Soif vive. Etat général relevé. Quelques gaz pendant la nuit. Pas de douleurs abdominales. Température rectale : 38°5.

26 août. — L'état général s'améliore de plus en plus. La langue est propre, humide, normale. Emission de gaz régulièrement tous les jours, mais pas encore de selles.

La malade se trouve très bien et ne se plaint nullement. La température est redescendue à la normale.

29 août. — Etat général excellent. On commence l'alimentation avec des liquides. Toujours pas de selles.

2 septembre. — La malade a été hier à la selle, très abondamment, mais par le fait d'un lavement. Appétit revenu.

4 septembre. — Nouveau lavement. Selle abondante. Etat général excellent.

6 septembre. — Quelques coliques, la nuit. Un lavement amène une selle et provoque l'expulsion du bouton anastomotique.

12 septembre. — Sortie de l'Hôtel-Dieu. Etat général parfait.

OBSERVATION XX

(VILLARD, 1896, Résumée *in Prov. Méd.*).

HERNIE CRURALE GANGRÉNÉE. BOUTON DE VILLARD. — GUÉRISON.

Malade, âgée de soixante ans, atteinte de hernie crurale étranglée, depuis trois jours

Arrêt des matières et des gaz.

Après ouverture du sac et débridement de l'anneau crural qui, par le ligament de Gimbernat, était la cause de l'étranglement.

ment, on reconnut que l'anse herniée était à peu près complètement sectionnée au niveau du collet,

L'entérectomie fut pratiquée immédiatement, et suivie de l'application du bouton, modifié par Villard. Les suites furent remarquablement simples. Emissions gazeuses par l'anus, pendant la nuit qui suivit l'intervention. Selle, au quatrième jour; rétablissement rapide de l'état général et des fonctions digestives.

OBSERVATION XXI

(VILLARD. — Inédite.)

HERNIE CRURALE DROITE ÉTRANGLÉE. — INTESTIN GANGRÉNÉ APPLICATION DU BOUTON DE MURPHY. — GUÉRISON.

B..., Adélaïde, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Paul, n° 47, le 26 décembre 1897, pour une hernie crurale droite étranglée. Pas de maladie antérieure. Cependant, couches difficiles et enfants mort-nés.

Depuis un an la malade porte une hernie crurale droite. Elle n'a jamais porté de bandage, sa hernie ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations habituelles. Jamais de constipation ni de diarrhée.

Il y a quinze jours, la malade ayant ses menstrues étant allée laver, eut comme elle le prétend « une indigestion ».

Elle eut des vomissements alimentaires, bilieux, et même fécaloïdes. Dans certains vomissements il y avait même du sang caillé.

Un peu après les vomissements, à ce que prétend la malade, la hernie est devenue plus grosse, dure et ne rentrait plus.

Le médecin, appelé, essaye de la réduire; mais malgré un taxis prolongé il n'y réussit pas.

La malade souffrait beaucoup dans tout l'abdomen et surtout au niveau de la hernie, où la moindre pression exagère la douleur.

Le soir même où sa hernie s'est étranglée, la malade prend des bains de son et il lui semble que pendant, la durée du bain, la hernie diminue pour récupérer bientôt après son volume primitif.

La malade n'a plus de selle ; elle a encore quelques gaz.

Chaque jour, depuis son accident, la malade vomit tout ce qu'elle absorbe. Elle reste couchée et a des sueurs froides, la face est glacée.

Elle a des douleurs irradiées dans tout l'abdomen un peu plus sensibles à l'endroit où la hernie s'est étranglée. La malade urine bien, mais rend une urine trouble et ayant une mauvaise odeur. Opération le 27 décembre 1896. Température avant l'opération 38° 4.

Le 28, la malade va bien, température 38°.

1^{er} janvier. — Un peu de fièvre. Température 38° 8. Flât général toujours bon.

11 janvier. — On a pansé la malade trois fois ; il y a toujours de la suppuration. La plaie ne bourgeonne pas encore.

23 janvier. — La plaie suppure toujours, l'état de la malade est cependant toujours très bon. Pas de température.

14 février. — La malade est en très bon état, la plaie est à peu près fermée. La malade quitte le service.

20 mars. — La malade donne de ses nouvelles par lettre. Elle va très bien, ne s'est pas ressentie de son opération, a engraisée, pas de constipation.

OBSERVATION XXII

(VILLARD. — Inédite.)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE. — GANGRÈNE INTESTINALE. —
RÉSECTION. — BOUTON DE MURPHY. — GUÉRISON.

X..., âgée de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Gensoul, en mai 1897, avec des accidents d'étranglement herniaires remontant à trois jours.

Cette femme était porteur d'une hernie crurale droite depuis trois ans ; hernie de petit volume, qui jusqu'à ces derniers temps ne s'était pas accompagnée d'accidents. Appelée d'urgence M. Villard pratique la kélotomie et trouve un intestin gangrené au niveau du collet, surtout à la partie interne. Les manœuvres de traction pour attirer l'anse au dehors déchirent celle-ci en un point.

La résection intestinale est décidée et pratiquée suivant le manuel opératoire habituel au moyen du bouton.

Les suites sont remarquablement simples, évacuation gazeuse pendant la nuit, selle le lendemain, cessation immédiate des vomissements. Tout s'est passé dans la suite comme s'il s'était agi d'une hernie étranglée ordinaire. L'expulsion du bouton eut lieu le vingtième jour, elle s'est accompagnée de quelques phénomènes de coliques, mais sans autre incident. Nous avons eu depuis des nouvelles de cette femme par le docteur Laurencçon, de Givors, ses fonctions digestives étaient parfaites, son état de santé excellent, et, malgré son âge, elle se serait même remariée.

OBSERVATION XXIII

(VILLARD. — Inédite.)

HERNIE CRURATE DROITE ÉTRANGLÉE. — GANGRÈNE DE L'INTESTIN. — RÉSECTION INTESTINALE. — BOUTON. — HÉMORRHAGIE DU MÉSENTÈRE. — MORT PAR PÉRITONITE INDÉPENDANTE DE LA RÉSECTION.

X..., 29 ans, employée aux magasins Sineux, voit apparaître brusquement à la suite d'un effort, le 2 juillet 1897, une petite tumeur dans le triangle de Scarpa. Cette tumeur s'accompagne immédiatement de reflexes intestinaux intenses, vomissements très violents, douleur abdominale vive, arrêt des matières et des gaz. Elle est amenée à l'Hôtel-Dieu dans la nuit du 3 janvier. Il s'agit d'une hernie étranglée crurale pour laquelle la kélotomie est pratiquée le lendemain matin, 4 janvier.

On constate, au cours de l'intervention, que l'intestin est très fortement serré par le ligament de Gimbernat, la libération est difficile.

Aussitôt l'intestin attiré au dehors, on constate qu'il se présente avec une teinte brunâtre, une odeur suspecte, un amincissement très considérable de ses parois au niveau du sillon d'étranglement. On essaye, par des lavages chauds, prolongés, de ramener la vitalité dans l'anse herniée; au bout de vingt minutes, comme l'anse reste flasque, la résection est décidée, elle est pratiquée au bouton, comme d'habitude. Aucun incident

particulier à signaler au cours de ces manœuvres. Lorsque la réintégration est faite, après débridement de l'arcade de Fallope, on s'aperçoit qu'une certaine quantité de sang vient de la profondeur; il faut rouvrir l'orifice herniaire, attirer au dehors, les anses intestinales. Ces manœuvres sont gênées considérablement par des secousses de vomissements qui chassent l'intestin au dehors. On saisit enfin le vaisseau qui saigne dans le mésentère, une ligature est placée sur lui, et les viscères sont définitivement réintégrées dans la cavité abdominale.

Le lendemain de l'intervention la malade, qui avait un bon état général la veille, est prise de température; le ventre se ballonne, des signes de péritonite se manifestent. Cette malade succombe le troisième jour et, à l'autopsie, on constate qu'il s'agit d'une péritonite, mais que celle-ci est indépendante d'un défaut d'adaptation du bouton anastomotique; celui-ci est en place, les deux parties de l'intestin réséqué sont parfaitement anastomosées et déjà réunies par des adhérences, un courant d'eau passant dans l'intérieur du segment intestinal montre que la ligne d'adossement est étanche. Il faut admettre qu'il s'agit d'une péritonite due à une infection faite au moment des manœuvres d'éviscération partielle, alors que les anses intestinales saines ont pu plus ou moins être contaminées au niveau de la plaie, celle-ci étant elle même souillée par les liquides tombés au moment de la résection intestinale.

OBSERVATION XXIV

(VILLARD)

Résumé de trois observations de gangrène herniaire avec application du bouton de Murphy.

M. Villard a pratiqué encore trois autres résections intestinales pour des gangrènes de l'intestin; il s'est toujours agi d'étranglement de hernies crurales, celles-ci semblent, en effet, prédisposer davantage à la gangrène de l'intestin, en coupant les tuniques au niveau du ligament de Gimbernat. Ces trois interventions ont eu lieu chez des femmes; elle se sont toutes passées sans incident, l'élimination du bouton ayant eu lieu entre le 14^e et le 20^e jour.

OBSERVATION XXV

(NOVÉ - JOSSERAND)

ENTEROCÈLE INGUINALE DROITE (PHÉNOMÈNES D'ÉTRANGLEMENT)
HERNIE GRAISSEUSE DE LA LIGNE BLANCHE.— LIPOME AXILLAIRE
GAUCHE.— CURE RADICALE.— PERFORATION INTESTINALE.—
BOUTON DE MURPHY-VILLARD.— GUÉRISON.

G., Marie, 53 ans. — Bobineuse. Entre le 4 décembre 1895, salle Ste-Catherine, numéro 20, hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Nové-Josserand.

Rien de particulier dans les antécédents de la malade, elle ne se connaissait pas de hernie inguinale, et n'avait remarqué qu'une petite tumeur siégeant sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic et qui donne une sensation molle, pâteuse, lobulée se réduisant facilement sans gargouillement. La malade, qui était encore en parfaite santé, il y a quelques jours, s'est sentie prise mardi, au lit, de violentes douleurs abdominales, et alors seulement, s'aperçut qu'elle portait dans la région inguinale droite, une petite tumeur douloureuse au toucher. Les douleurs persistèrent dans la journée de mardi et de mercredi, accompagnées de vomissements alimentaires et aqueux. Mercredi soir, la malade entre à l'hôpital, ne présentant pas un état général grave. Elle portait dans la région inguinale, une petite tumeur dure, submate, dont le pédicule était peu douloureux, d'une sonorité douteuse, ressemblant à une corde épiploïque remontant dans le canal inguinal. Potion avec 0,05 d'extrait thébaïque. Nuit calme, pas de vomissements, non plus, du reste, que dans la matinée du lendemain. Toutefois, la malade présentait, depuis le mardi, un arrêt complet des matières et des gaz.

Dans l'après-midi de jeudi 5, violentes douleurs, alternatives d'agitation et d'affaissement, les vomissements reparaisseient et l'un même est fécaolide. Toutefois, sous l'influence d'un lavement purgatif, la malade présente, à 6 heures du soir et à minuit, deux selles assez abondantes. Le vendredi, état semblable, le faciès de la malade est un peu grippé.

Anesthésie à l'éther. Incision de la région inguinale, ouver-

ture du sac ; il est rempli par une anse d'intestin grêle, vascularisée, noirâtre sur laquelle, près du bord mésentérique, on voit une petite perforation ou plutôt un point où toutes les tuniques intestinales ont complètement cédé, sauf cependant, la séreuse qui subsiste encore. Résection de quatorze centim. d'intestin. Suture en surjet du mésentère correspondant à l'anse intestinale réséquée et qui saigne assez abondamment. Application d'un boulon de Villard ; on réduit l'intestin, on lie le sac et on resserre les piliers par un fil métallique qui prend en même temps les deux lèvres de la plaie. Pansement ordinaire. Le 7 décembre, la malade n'a pas vomi, sa température reste normale, son état général s'est beaucoup amélioré ; cependant, il n'y a encore eu d'émission ni de gaz, ni de matières.

19 décembre. La malade a eu ce matin, une selle abondante, à la suite de l'administration d'un demi-lavement purgatif. Elle a vomi deux ou trois fois dans la journée d'hier, mais ces vomissements ne présentent aucune odeur fécale et sont un peu bilieux.

21 décembre. — L'état général de la malade est meilleur toutefois à plusieurs reprises, elle a eu des accidents d'obstruction, déterminant des vomissements abondants, d'apparence fécaloïde, quoique n'en présentant pas l'odeur. Ces accidents ont toujours cédé à l'administration de purgatifs légers. La plaie a présenté une légère suppuration, en plusieurs points, et un état inflammatoire assez accusé, mais seulement dans les parties superficielles. A noter, qu'avant son entrée à l'hôpital, la malade s'était brûlée avec un fer, au voisinage du point où a porté l'incision. La plaie déterminée par cette brûlure était en pleine suppuration, lorsque l'intervention nécessitée par la hernie a été pratiquée.

26 décembre. Les phénomènes d'occlusion que la malade avaient présentés à plusieurs reprises, n'ont pas reparu depuis cinq ou six jours. Les selles sont régulières, abondantes : le bouton n'a pas été retrouvé dans ses matières, malgré tous les soins apportés à le rechercher. La malade quitte le service guérie.

OBSERVATION XXVI

(NOVÉ-JOSSERAND.)

HERNIE INGUINALE DROITE ÉTRANGLÉE DU CANAL DE NUCK, DOUBLE SAC. — INTESTIN SPHACÉLÉ. — RÉSECTION DE 10 CENT. D'INTESTIN GRÊLE. — BOUTON DE MURPHY. — GUÉRISON

P... Lucie, âgée de 34 ans entre à la salle Ste-Catherine, service de M Josserand, le 15 octobre 1896. Hernie étranglée, depuis deux jours, tentatives réitérées de réduction par le taxis, il y avait au niveau de la hernie de la rougeur des téguments de l'infiltration comme s'il y avait eu un abcès profond. Kélotomie, facile résection intestinale. Enterroraphie immédiate avec le bouton de Villard. Un surjet à la soie est posé pour plus de sûreté tout autour de la réunion, hémorrhagie mésentérique, difficultés assez grandes à réduire. Suites simples, suppuration du trajet herniaire qui n'a, du reste, pas été fermé. Dès le soir vents, une selle spontanée le huitième jour. A partir de ce moment, suppression des selles sans symptômes d'obstruction, la malade émet toujours des vents, mais des lavement répétés ne peuvent amener de matières. Le 31 octobre, grand lavement huileux avec la sonde rectale, quelques heures après, selle insignifiante. La malade quitte l'hôpital après guérison.

OBSERVATION XXVII

(NOVÉ-JOSSERAND.)

HERNIE INGUINALE GAUCHE. — GANGRÈNE HERNIAIRE. — KÉLOTOMIE. — RÉSECTION INTESTINALE. — BOUTON DE MURPHY. — MORT.

R... Jean-Claude, 67 ans, entre salle St-Pothin, n° 12, hôpital de la Croix-Rousse le 28 novembre 1896. A l'examen, hernie inguinale gauche, sonore, du volume du point, irréductible.

Kélotomie. A l'ouverture du sac, faible quantité de liquide sanguinolent et on trouve une anse d'intestin grêle très rouge, présentant à sa surface des exsudats qui créent quelques adhérences faibles entre les diverses parties de l'anse et avec le sac.

La partie moyenne de l'anse étranglée est dilatée ; sa paroi est amincie en plusieurs points et on trouve à sa surface plusieurs points ayant la coloration feuille-morte sur une dimension d'une pièce de 50 cent. Au niveau du collet, lésions moins accentuées, l'intestin a son épaisseur et sa couleur normales. On procède à la résection de l'anse intestinale ; on met une rangée de pinces sur le mésentère et on résèque l'anse ; hémostase méseptérique, mise en place, suivant le procédé habituel, du bouton de Murphy, modifié par Villard. Il n'y a pas d'incidents opératoires ; la réduction est effectuée assez facilement, après avoir débridé largement par en haut l'orifice herniaire. L'anse intestinale réséquée présente une longueur de 30 cent. Lorsqu'on l'ouvre on constate que, sur toute son étendue, les villosités intestinales ont disparu ; la muqueuse a pris une teinte grisâtre, pseudo-membraneuse, parsemée de taches ecchymotiques qui, en certains points, prennent une coloration noire, gangréneuse. Au niveau de la partie la plus dilatée de l'anse, la minceur de l'intestin est très grande.

1^{er} décembre. — Le malade a eu quelques vents, vomissements. Température 38°5.

3 décembre. — Délire, quelques gaz.

4 décembre. — Délire, température 39°5, vomissements.

5 décembre. — Délire, température 39°5, extrémités froides, pouls extrêmement rapide, respiration difficile.

5 décembre. — 9 heures 1/2 soir, mort.

OBSERVATION XXVIII

(NOVÉ-JOSSERAND.)

HERNIE CRURALE DROITE ÉTRANGLÉE. — RÉSECTION DE L'INTESTIN MALADE ET BOUTON DE MURPHY. — MÉNINGITE ET MORT.

G..., Jeanne, 54 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, n° 14, pour hernie crurale droite étranglée depuis 24 heures ; point de hernie antérieure, la hernie s'est faite dans un effort de toux. Douleurs, vomissements, hoquets, signes d'occlusion évidents.

Opérée d'urgence, le 22 janvier au soir, par M. Nové-Josserand. Hernie crurale droite du volume d'une petite orange, congestionnée, avec taches ecchymotiques, un peu de liquide dans le sac qui, une fois incisé, donne une certaine odeur. A la palpation de la tumeur herniaire, il existe un point très aminci qui ne permet pas la réduction. Le collet ne présente rien de particulier et n'est pas aminci. Il existe un lipome du volume d'une petite mandarine et qui est juxta-herniaire. Résection de l'intestin sur une longueur de 10 à 15 cent. Bouton de Murphy.

Le 23 janvier, température 38°4, pas encore de vents, la malade se trouve bien, mais a une soif assez vive.

Le 24, température 38°; état assez satisfaisant, la soif est moins vive, la malade a fait des vents mais pas de selles, pas de douleurs, pas d'insomnie.

Le 26, état satisfaisant, la nuit du 26 au 27 est très agitée, il y a une diarrhée assez intense, la température se maintient le 27 entre 38° et 39°.

Le 28, la diarrhée est toujours abondante; les selles sont fréquentes, aqueuses.

Le 29, la diarrhée persiste encore aujourd'hui, température 38°, pas de douleurs. La malade réclame à manger.

Le 30, au matin on constate tout d'abord une contracture des muscles du cou du côté gauche et une rotation de la tête à droite. Il y a un certain degré de trismus, pas de déviation nette de la face; peut-être pourtant les traits sont plus accusés à gauche, pupilles normales, les paupières se baissent et se lèvent facilement. Du côté du membre supérieur droit et du membre inférieur droit les réflexes sont plus accusés comparativement aux membres gauches, léger degré de contracture à droite. La sensibilité est la même des deux côtés.

Le 30, la malade meurt, à 4 heures du soir, dans une crise de contracture.

Autopsie. — On trouve le bouton de Murphy dans le cœcum; l'anastomose entre dans les deux anses intestinales semblait bien établie, il n'y avait pas de péritonite. Reins congestionnés, sans néphrite. Cœur normal, un peu gros. Congestion des poumons aux bases. L'ouverture des méninges permet à une cer-

taine quantité de liquide de s'écouler ; en enlevant la pie-mère, un petit morceau de substance cérébrale vient avec la méninge de la première frontale gauche, pas d'induration de la sylvienne. En somme, cet œdème cérébral est ce qu'il y avait de plus net.

OBSERVATION XXIX

(Publiée par Nové JOSSERAND chirurgien des Hôpitaux.)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE DEPUIS 55 HEURES. — GANGRÈNE SUR UNE ÉTENDUE DE 5 CENTIMÈTRES. — ENTERECTOMIE, ANOMOSTOSE AVEC LE BOUTON DE MURPHY. — GUÉRISON.

G..., Marie, cinquante-six ans, blanchisseuse, née à Saint-Féraud (Saône-et-Loire).

Entrée le 11 septembre 1895 à la salle Ste-Anne (clinique de M. le professeur Poncet).

Antécédents personnels. Toujours bonne santé. Hernie depuis six ans. Son apparition n'aurait pas été marquée par des troubles très nets ; c'est même par hasard qu'elle se serait aperçue de la hernie

Elle porte un bandage, mais pas d'une façon constante ; elle l'enlevait de temps à autre. Parfois à la suite de travaux pénibles, la malade ressentait, dans la région herniaire, une violente douleur qu'elle faisait cesser par le décubitus dorsal et par la compression au moyen de son bandage. En même temps que la douleur survenaient quelques vomissements purement alimentaires. Le 9 septembre, la malade qui n'avait pas son bandage, portait un lourd panier. Elle ressentit brusquement une terrible douleur qui la força à s'asseoir à terre, on dut la transporter chez elle. Ces douleurs, d'abord localisées à la région herniaire, se généralisèrent d'abord à tout l'abdomen. En même temps se produisaient des vomissements alimentaires, puis bilieux ; aucune émission de gaz ou de matières par l'anus.

A l'entrée — La malade entre à l'hôpital, cinquante-cinq heures après le début des accidents d'étranglement. Douleurs généralisées à tout l'abdomen, faciès grippé, vomissements fécaloïdes, météorisme abdominal.

Signes physiques d'une hernie crurale du volume d'une petite mandarine, irréductible, dure, mate à la percussion. Il y a eu, dit-on, des tentatives de taxis. Opération faite par M. Nové-Josserand, chirurgien des Hôpitaux, le jour même de l'entrée de la malade.

Incision de la région herniaire. Le sac est adhérent aux organes qu'il renferme; il est épais, difficile à distinguer d'une épiplocèle; à sa surface interne sont appendus deux à trois petits polypes graisseux du volume d'une noisette.

Le sac ouvert, on arrive sur l'intestin gangrené sur une longueur de cinq centimètres environ. M. Nové-Josserand se décide à pratiquer de suite l'entérectomie. Il fait la ligature du mésentère au ras de l'intestin par des fils en chaîne. Il éprouve quelques difficultés par suite de l'insuffisance du débridement de l'anneau. Le mésentère a de la tendance à se déchirer. Après résection de l'intestin, le bouton de Murphy est mis en place de la façon ordinaire. On fait deux points de suture complémentaire, sur un point où la muqueuse fait hernie. Pour réduire, il est nécessaire de débrider largement sur l'anneau et non sur le collet, avec des ciseaux courbes fermés et en dilacérant la ligature du pédicule et excision du sac. Pas de suture des piliers. Suture métallique cutanée. Pansement.

L'opération a duré, en tout, vingt-cinq minutes.

Le 12 septembre, la malade se plaint d'avoir souffert toute la nuit. La température est ce matin à 38°7; le soir du même jour, 39°1.

Le 19 septembre. Depuis trois jours, la malade n'a pas été à la selle.

Le 20 septembre, à la suite d'un lavement, le bouton de Murphy a été évacué, c'est-à-dire neuf jours après l'opération. Etat général excellent, ni fièvre, ni vomissements, ni douleurs; l'appétit est bon.

Le 11 octobre. La plaie cutanée est à peu près complètement cicatrisée, l'état général est excellent, toutes les fonctions sont normales, la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXX

BÉRARD

HERNIE CRURALE DROITE ÉTRANGLÉE. — ACCIDENTS DATANT DE 9 JOURS. — SECTION DE L'INTESTIN PAR L'ANNEAU. — HERNIO-LAPAROTOMIE. — BOUTON DE MURPHY. — MORT.

Le 5 octobre 1898, entre à la salle Ste-Anne n° 8, service de M. Poncet, une femme âgée de 50 ans, présentant une hernie crurale droite étranglée, du volume d'une petite orange. Les accidents datent de 9 jours ; suppression des matières et des gaz, vomissements alimentaires, puis bilieux, et enfin stercoraux. Depuis quatre jours, état général mauvais, pouls petit ; de suite injection de sérum artificiel, deux heures après, opération sous anesthésie légère. Le sac ouvert on y trouve de l'épiploon et une anse d'intestin grêle baignant dans du liquide stercoral. L'intestin attiré hors du sac, on constate qu'il a été sectionné par l'anneau et qu'un des bouts est remonté dans l'abdomen. Pour trouver le bout, on fait, à partir du sac une hernio-laparotomie qui conduit sur l'anse sectionnée et restée ouverte à environ 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'anneau. La quantité des matières épanchées dans la grande cavité est assez peu considérable et rapidement asséchée par des tampons. Les extrémités des deux bouts de l'anse sphacélée rapidement abrasés et anastomosés par bouton de Murphy. Trois pinces à demeure sont laissées sur le mésentère et serviront au drainage avec des mèches de gaz iodoformées dont on les entoure. L'opération n'a pas duré plus de 40 minutes ; plaie laissée ouverte ; injection d'éther, de caféïne, dans la soirée on injecte 500 gr. de sérum artificiel. Le lendemain pouls très élevé, état général meilleur, faciès moins grippé. Température : 38°7 ; pas de douleur locale, mais ballonnement de l'abdomen net quoiqu'elle ait fait des vents pendant la nuit. La journée se passe sans accidents, sans vomissements ; vers le soir, vomissement verdâtre peu abondant, le pouls est déprimé, la physionomie plus anxieuse, le lendemain la malade est encore plus affaiblie. Elle meurt 48 heures après l'opération.

Autopsie. — On trouve l'intestin anastomosé en parfait état.

sans qu'aucun point de sa circonférence ait cédé ni ne laisse passer l'eau; mais cette anse présente, comme toutes celles contenues dans les points déclives de l'abdomen, un état congestif, des fausses membranes et, dans les points déclives du péritoine, on recueille un peu de sérosité roussâtre, fécaloïde provenant de l'anse qui avait été sectionnée, ou ouverte spontanément dans l'abdomen.

OBSERVATION XXXI

(BÉRARD.)

HERNIE CRURALE DROITE ÉTRANGLÉE. — GANGRÈNE DE L'INTESTIN.
— RÉSECTION DE 12 CENT. D'INTESTIN. — BOUTON DE MURPHY.
— GUÉRISON.

C. . ., Marie, âgée de 70 ans, lingère, entrée le 30 juillet 1898. Salle St-Anne, n° 20, pour une hernie crurale droite étranglée; accidents brusques depuis la veille, très aigus, Hernie très douloureuse, beaucoup de vomissements. On trouve de l'intestin, de l'épiploon, l'anse est très serrée avec des plaques grisâtres, odeur gangréneuse. Résection de 12 centimètres d'intestin et Murphy; durée totale de l'opération 50 minutes. Après l'opération, poulx assez bon, pas de shock, l'hémostase du mésentère a été, comme toujours, assez laborieuse. Le 14 août, on retrouve le bouton dans les selles de la malade. Le 4 septembre 1898, la malade sort du service complètement guérie.

OBSERVATION XXXII

(BÉRARD.)

HERNIE CRURALE DROITE ÉTRANGLÉE (ENTÉROCÈLE. — RÉSECTION INTESTINALE 5 A 6 CENT. ENVIRON. — BOUTON DE MURPHY.
— GUÉRISON.

M. M. . ., 41 ans, reçue dans le service de M. le professeur Poncet, le 19 octobre 1898, salle Ste-Anne, est vue par M. Bérard, le même jour à 5 h. 1/2 du soir: cette femme présente une hernie crurale droite étranglée. Les accidents

remontent à deux jours et ont débuté par des vomissements alimentaire faisant croire à une indigestion; en même temps suppression des matières et des gaz, douleur assez vive au pli de l'aîne. Diagnostic facile : petite hernie maronnée, entéro-épiplocèle. Etat général relativement bon, opération de suite avec un seul aide. Après incision du sac il s'écoule un liquide rouge brunâtre n'ayant pas d'odeur gangréneuse très accentuée, mais il y a un pincement latéral très serré d'une anse grêle dont les tuniques restent livides une fois l'obstacle levé, et dont le péritoine s'effrite sous un filet d'eau bouillie; au niveau du sillon d'étranglement les parois semblent réduites au péritoine. Partout ailleurs elles sont encore assez épaissies. Devant cet état plus que douteux de l'intestin, la résection en est pratiquée sur une longueur de 6 centimètres et est suivie de l'application d'un bouton de Murphy (type Murphy); l'hémostase du mésentère est très facile et rapide et l'opération terminée complètement en 25 minutes; suites simples : la malade rend le bouton le 1^{er} novembre et le 8 novembre, la malade part guérie avec un bandage.

OBSERVATION XXXIII

(BÉRARD.)

HERNIE CRURALE GAUCHE ÉTRANGLÉE. — KÉLOTOMIE. — GANGRÈNE DU SAC ET D'UNE PORTION DE L'ANSE ÉTRANGLÉE. — RÉSECTION INTESTINALE. — BOUTON DE MURPHY. — TUBERCULOSE VERRUQUEUSE DU DOS DE LA MAIN GAUCHE ET DU POIGNET. — GUÉRISON.

M..., Marie, âgée de 54 ans, tisseuse, entre le 4 mai 1899 salle Ste-Anne n° 16. Rien de particulier dans les antécédents de la malade; elle est du reste dans un état de faiblesse telle qu'il est difficile d'obtenir d'elle des renseignements précis et circonstanciés. Cependant elle raconte qu'elle portait dans le pli de l'aîne gauche une hernie qui, depuis 16 ans, époque à laquelle elle apparut n'avait jamais donné lieu à des accidents graves.

Le samedi, 29 avril, la malade s'aperçut que sa hernie était douloureuse et refusait de rentrer. Ce jour là apparurent des vomissements qui persistèrent les jours suivants et pri-

rent, dès le 1^{er} mai, une teinte jaune et une apparence fécaloïde, Il y avait en même temps suppression absolue des matières et des gaz. Cette malade arrive à la clinique le 4 mai à 10 heures du matin dans un état de faiblesse marquée, les traits du visage tirés, pouls petit, les vomissements persistaient. Au niveau du pli inguinal gauche on remarquait une tuméfaction ovalaire à grand axe parallèle à l'arcade crurale, douloureuse à la pression, et au niveau de laquelle la peau était rouge, douloureuse et un peu œdématiée.

On porta le diagnostic de hernie crurale étranglée avec très probablement gangrène herniaire et l'intervention d'urgence fut décidée. On fit à la malade une injection d'éther; elle fut opérée, un quart d'heure après son arrivée, par M. Bérard. Après incision de la peau, il s'échappa de la profondeur un liquide roussâtre et fétide en même temps que faisait saillie une masse grisâtre, putrilagineuse constituée par le sac gangrené. Dans ce sac, de l'épiploon gangrené également et qui fut réséqué; au-dessus une anse intestinale d'aspect grisâtre, très friable fortement serrée dans l'orifice crural et présentant en un point une perforation complète.

Toute la portion de l'intestin gangrené et des parties voisines douteuses furent réséquées. On plaça un bouton, anastomotique, l'anse intestinale fut rentrée, mais laissée au voisinage de l'orifice de sortie. Le sac fut laissé ouvert et drainé jusqu'au niveau de l'anse malade avec un drain et des mèches de gaze iodoformée. Pas de fermeture de la plaie cutanée et pansement à plat. La malade fut reportée dans son lit et on lui fit une injection de 500 grammes de sérum artificiel dans la cuisse droite. A 3 heures du soir la malade a eu des vomissements jaunâtres, elle se plaint de souffrir du ventre, le pouls reste petit et rapide; à 5 heures du soir la malade n'a pas vomi depuis 3 heures de l'après midi; elle vient d'avoir une selle liquide. T. 37°4.

8 mai. Pansement, bon état général et local

21 mai. Le bouton a été expulsé dans l'après-midi et retrouvé dans les selles.

Le 2 juin 1899, la malade quitte le service guérie.

OBSERVATION XXXIV

(Inédite)

M. le Professeur POLLOSSON.

HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE — GANGRÈNE — RÉSECTION
INTESTINALE — BOUTON DE MURPHY — MÉSENTÈRE FRIABLE,
DÉCHIRÉE PAR PLACE (MORT).

B..., François, ecclésiastique, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 14, le 31 mars 1897. Ce malade est porteur de hernie ombilicale depuis l'âge de trois ans. La hernie a toujours été maintenue réduite par un bandage; elle rentrait facilement.

Le malade n'en avait jamais souffert; c'est seulement depuis trois semaines que la hernie était devenue le siège de coliques douloureuses; néanmoins elle était toujours réductible. Les douleurs persistèrent en s'accroissant légèrement, lorsque le 30 mars au soir à 5 heures, la hernie s'étrangla subitement, et le malade ne put la faire rentrer. Le Docteur Bonnet, qu'il consulta aussitôt, ne put que constater l'irréductibilité après un taxis léger et prudent. Les douleurs devinrent vives; il y eut deux vomissements en même temps que l'état général devenait mauvais. En un mot, le malade avait des signes d'étranglement herniaire. Le lendemain matin, il entre dans le service. On constate alors une volumineuse hernie ombilicale ou plutôt sus-ombilicale, l'anneau semblant être au-dessous de la hernie. La douleur est vive, la peau offre déjà une teinte un peu violacée. Depuis la veille, il ne s'échappe par l'anus ni gaz, ni matières. Le malade a un facies péritonéal.

On l'opère de suite. L'incision du sac donne immédiatement sortie à un jet de liquide, et montre deux anses intestinales noirâtres avec quelques piquetés hémorragiques. L'aspect de sphacèle se modifie cependant, sous l'influence de l'exposition à l'air de l'intestin; celui-ci reprend, peu à peu, un aspect normal et revient à la vie.

On pensait pouvoir conserver la portion herniée, malheureusement le mésentère est trouvé friable, déchiré même par place; on se rend avec peine maître de l'hémorrhagie.

On se voit alors dans la nécessité de réséquer la portion d'intestin herniée, soit environ huit à dix centimètres.

On réunit les deux bouts par un bouton de Murphy.

On laisse fixée sur le mésentère, une pince en T et deux pinces à forci-pression.

Un Mickulicz est placé et un fort pansement ferme le tout.

Le soir de l'opération, temp. 38°. La nuit de l'opération, le malade est calme jusqu'à une heure du matin. A partir de ce moment, le malade souffre un peu au niveau de la plaie.

1^{er} avril. — Le lendemain de l'opération, il y a apyrexie complète, le pouls est à 90°.

2 avril. — Pas de vomissements, douleurs au niveau de la plaie, apyrexie. Pouls bon. Mais les accidents de péritonite herniaire se manifestèrent et s'accrochèrent, de sorte que le malade succomba le 5 avril 1897.

OBSERVATION XXXV

(JABOULAY, thèse de Gorde)

HERNIE GANGRÉNÉE. — BOUTON DE MURPHY. — MORT

Hernie inguinale gauche n'ayant jamais été maintenue par un bandage. Etranglement remontant à quinze jours. Intervention d'un confrère trois jours après. La hernie est réduite aux trois quarts. Le malade est soulagé pendant trois ou quatre mois. Réapparition, dans la suite, des phénomènes d'étranglement. Néanmoins, une purgation donnée a pu traverser en partie ; émission de vents par l'anüs ; malgré cela, le malade continue à vomir.

Le malade est opéré d'urgence par Jaboulay. Ventre plat hernie plate. Etat général grave, voix éteinte. Pas de liquide. Gangrène de la muqueuse, odeur infecte à l'incision de l'anse réséquée. Rien ne la faisait soupçonner. Bouton de Murphy. Mort le lendemain, avec continuation des accidents. Rien à l'autopsie, le bouton a bien tenu.

Observations d'entérectomie pour gangrène herniaire avec application du bouton de Villard.

(TIXIER 1898-1899.)

OBSERVATIONS RÉSUMÉES XXXVI

X..., Félicité, 73 ans. Salle Gensoul n° 1, hernie crurale gauche étranglée depuis onze jours. Etat général très mauvais. Arythmie. Congestion des bases.

Opération d'urgence le 1^{er} février 1899. Phlégon stercoral. Résection de 15 centimètres d'intestin gangrené, et application du bouton de Villard.

Expulsion du bouton le 19 février. Fonctions intestinales parfaitement rétablies, mais état général toujours très mauvais. Albuminurie, myocardite. Mort le 4 mars 1899.

A l'autopsie on trouve l'anse réséquée avec une cicatrice parfaite. Artério-sclérose généralisée.

OBSERVATION XXXVII

(TIXIER.)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE. — BOUTON DE MURPHY. — (GUÉRISON).

L..., Antoinette, 65 ans, salle Gensoul n° 6.

Hernie crurale étranglée depuis 12 avril. Opération le 15 avril 1899.

Gangrène herniaire. Résection de 20 centimètres d'intestin. Application du bouton Villard. Evacuation du bouton le 28 avril. Sortie guérie le 24 mai.

OBSERVATION XXXVIII

(TIXIER.)

HERNIE INGUINALE GAUCHE ÉTRANGLÉE. — RÉSECTION DE 70 CENTIMÈTRES D'INTESTIN. BOUTON DE VILLARD. GUÉRISON.

P..., Léon, 36 ans, salle Saint-Joseph, n° 29. Hernie inguinale gauche étranglée depuis 24 heures. Kélotomie d'urgence le

30 novembre 1899 par le professeur Polosson. Dans la nuit, le malade se lève, fait éclater ses sutures, éviscération d'une partie des anses de l'intestin grêle.

Opération le 1^{er} décembre. MM. Maurice Pollosson et Tixier. Résection de 70 centimètres d'intestin. Bouton de Villard. Expulsion du bouton le seizième jour.

Le 27 janvier 1899 cure radicale d'une hernie inguinale droite. Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXXIX

(TIXIER.)

HERNIE INGUINALE DROITE ÉTRANGLÉE. — RÉDUCTION EN MASSE.
— RÉSECTION DE DIX CENTIMÈTRES D'INTESTIN. — BOUTON DE VILLARD. — GUÉRISON.

C... François, 66 ans, entre à la salle Saint-Joseph, n° 20 ; il est porteur d'une hernie inguinale droite étranglée réduite par lui-même le 11 avril.

Persistance des phénomènes d'étranglement. Diagnostic posé : réduction en masse d'une hernie étranglée.

Hernio-laparotomie le 19 avril 1899. Résection de 10 centimètres d'intestin. Bouton de Villard. Broncho-pneumonie. Myocardite. Guérison.

Sorti de l'hôpital le 16 mai 1899.

OBSERVATION

VALLAS, chirurgien des Hôpitaux.

Nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur Vallas, la note suivante relative à 4 observations de gangrène herniaire qui lui sont personnelles.

J'ai retrouvé dans mes notes la mention de 4 observations de résection intestinale. Dans ces 4 cas, il s'agissait de hernies crurales. J'ai toujours employé le bouton de Villard. J'ai obtenu 3 guérisons et une mort. Le cas de mort se produisit vers le 8^e jour après l'opération, par péritonite, et l'autopsie

montra que les parois intestinales étaient sphacélées autour du bouton, lequel était libre dans la cavité péritonéale.

Cette proportion de 25 % de mort donnée par les 4 observations que j'ai pu retrouver, est très approximativement celle que m'a donné cette méthode d'entéro-anastomose, dans les cas les plus nombreux où je l'ai appliquée, mais dont je ne possède pas les observations.

Dans la gangrène herniaire, mais dans ce cas seulement, je considère cette méthode d'entéro-anastomose comme le procédé de choix.

CONCLUSIONS

1. Le traitement de la gangrène herniaire peut actuellement se résumer en deux mots, entérectomie et anastomose de l'anse ouverte par la résection.

2. Cette anastomose peut se faire, soit par entérorrhaphie circulaire, soit par la méthode de Denans-Murphy.

3. L'entérorrhaphie nous paraît devoir être réservée aux cas où l'on se trouve en présence du gros intestin ou d'un intestin à parois œdématisées

4. Dans les autres cas, les plus fréquents, où l'on a affaire à une anse grêle, le procédé de choix nous paraît être l'application du bouton Murphy-Villard.

Ces conclusions, déjà formulées par des chirurgiens isolés, sont corroborées par l'ensemble de la pratique chirurgicale lyonnaise.

VU :

Le Président de la Thèse,
OLLIER.

VU :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRE.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- ANGELESCO. — Les boutons anastomotiques en chirurgie (*Gaz. des Hôp.* 1895).
- BARETT. — *Bull. Société de Chirurgie*, XVII, page 772.
- BALL. — L'anastomose intestinale avec les anneaux d'os décalcifiés (*Brit. med. Journ.*, 24 avril 1897).
- BANKS. — Traitement of gangren. intestine. (*Brit. med. J.*, 1885).
- CHAPUT. — Traitement des hernies gangrénées (*Arch. gén. de Méd.*, 1894).
- CHAPUT. — Recherches expérimentales sur le bouton de Murphy (*Bull. de Soc. Chirurg.* XX p. 738, 1894).
- DEROCQUE. — De l'entérectomie avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin, technique et indications. (Th. Paris 1897).
- DELBET. — *Gazette des Hôpitaux*, 1893.
- DUPLAY et CAZIN. — Sur un nouveau procédé de suture intestinale par invagination et ligature en masse sur un cylindre métallique (*Arch. de Méd.*).
- DUPLAY et ASSAKI. — Expériences nouvelles sur la réunion de l'intestin après l'entérectomie (Soc. de Biologie, Paris 1885).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- DESTOT. — Sur une modification du bouton de Murphy (*Arch. prov. de Chirurg.* 1894).

- DUBOURG. — De l'emploi du tube de caoutchouc dans les anastomoses intestinales (*Bull. Soc. de Chir.*, XXII, page 667, 1896).
- FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale.
- GRAFF. — Du bouton de Murphy, son emploi (*Arch. f. klin., chir.*, LII, page 251).
- GUINARD. — Traitement des hernies gangrénées par l'invagination partielle ou totale de l'intestin (*Journ. de Méd et Chirurg. prat.*, 25 avril, ou 9^e Congr. f. de Chirurg.).
- GUILLEMAIN. — Des anastomoses viscérales au moyen du bouton de Murphy (*Gazette hebdomadaire*, 1895).
- GORDE. — Du bouton de Murphy, dans la gangrène herniaire (*Th. de Montpellier*, 1896).
- HAYES. — De l'anastomose intestinale (*Lancet*, 8 décembre 1895).
- HARTIGAN. — Nouvelle méthode d'anastomose intestinale (*N. med. J.*, 17 juillet 1897).
- HARTMANN. — De l'emploi du bouton de Murphy dans la chirurgie intestinale (*Soc. anat. Paris*, 29 juin 1894).
- JABOULAY. — Traitement des perforations et gangrènes herniaires (*Prov. Méd.* 1895).
- JONNESCO. — Modifications du bouton du Murphy (*Gaz. des Hôp.* 17 novembre 1896).
- JULLIARD. — *Rev. med. Suisse romandé*, juin 1897.
- JEANNEL. — *Arch. prov. de Chirurg.*, 1898.
- MAIRE. — Thèse de Lyon, 1895.
- MARWEDEL. — Des antéro-anastomoses, étude expérimentale sur la valeur du bouton de Murphy (*Beit. z. Klin. Chir.*, XIII, 1895).
- MURPHY. — Cent onze cas opérés avec le bouton (*Med. News.*, 16 novembre 1895,
— Analyse de cas opérés par l'anastomose avec le bouton de Murphy (*Med. News.*, 9 février 1895) (*Lancet*, 27 avril 1895).
- MOGO ROBSON. — Méthode d'anastomose intestinale avec des tubes d'os décalcifiés (*Brit. med. J.*, 1^{er} avril 1893).
- MARWEDEL. — (26^e Congrès de Chirurgie, Berlin, avril 1897).
- PLA. — Thèse de Lyon, 1895.
- RIEPLI. — Contribution au traitement de la hernie étranglée par l'entérectomie et l'application du bouton de Murphy (*Riforma med.*, 3 mai 1897.)

STEWART. — Anastomose intestinale par le bouton du Murphy (*Medical Record*, 15 septembre 1894).

TARDIF. — Th. de Paris, 1894.

VILLARD. — *Lyon Méd.*, 8 mars 1896.

VILLARD. — Traitement de la gangrène herniaire par d'entérectomie et le bouton anastomotique (*Journal de Méd. et de Chirurg. pratique*, 25 avril 1895, ou 9^e Congrès français de Chirurgie).

VILLARD. — *Lyon Méd.*, 15 septembre 1895. — *Gazette hebdomadaire*, 1895. — *Province Méd.* 1893.

